UNIVERSITE D'ALGER
FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER
ANNEE 1972 N°

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA MALADIE DE DUHRING - BROCQ EN ALGERIE

THESE

Pour le Doctorat en MEDECINE

Présentée et Soutenue Publiquement le Décembre 1972

Par

SAHLI Katia

Née le 1er Juillet 1947 à Sidi-Aïch (Sétif)

Membres du Jury

M.M.	F. G. MARILL	Professeur de Dermatologie et de Syphiligraphie	Président
	M. A. MERIOUA	Professeur de Pathologie Médicale	Juges
	B. KHATI	Professeur de Pédiatrie et de Puériculture	
	M. YSMAIL-DAHLOUK	Maître de Conférences Agrégé (Dermatologie et Syphiligraphie)	

UNIVERSITE D'ALGER
FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER
ANNEE 1972 N°

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA MALADIE DE DUHRING - BROCQ EN ALGERIE

THESE

Pour le Doctorat en MEDECINE

Présentée et Soutenue Publiquement le Décembre 1972

Par

SAHLI Katia

Née le 1er Juillet 1947 à Sidi-Aïch (Sétif)

Membres du Jury

M.M.	F. G. MARILL	Professeur de Dermatologie et de Syphiligraphie	Président
	M. A. MERIOUA	Professeur de Pathologie Médicale	Juges
	B. KHATI	Professeur de Pédiatrie et de Puériculture	
	M. YSMAIL-DAHLOUK	Maître de Conférences Agrégé (Dermatologie et Syphiligraphie)	

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE DEDIE CETTE THESE :

- A ma mère
- A mon père

En témoignage de ma profonde affection.

- A mon fiancé
- A mes frères et soeurs
- A mes cousins Cherif et Rachid
- A tous mes parents et amis.

A Notre Maître et Président de Thèse :

Monsieur le Professeur F.G. Marill

Qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et nous a constamment guidée dans la mise en forme de notre travail inaugural.

A NOS MAITRES ET JUGES :

Monsieur le Professeur M.A. MERIOUA

Qui nous a grandement honoré en acceptant de juger cette thèse.

La clarté et la précision de votre esprit seront pour nous un exemple inoubliable.

Nous sommes heureux de pouvoir, aujourd'hui, vous en remercier.

Monsieur le Professeur B. KHATI

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde gratitude pour l'excellent accueil qu'il nous a toujours réservé et pour l'enseignement précieux qu'il nous a donné.

Monsieur le Professeur M. YSMAIL-DAHLOUK

Qui nous a si bien reçu dans son service et a bien voulu s'intéresser à ce travail.

Nous l'en remercions vivement.

A tous nos Maîtres de la Faculté et

des Hôpitaux

En particulier Messieurs les Professeurs :

- AOUCHICHE
- BOYER
- CHIBANE
- DJENNAS
- KEBOUCHE

Avec notre profonde admiration

et notre fidèle attachement.

Au Docteur HARTANI

Elle a guidé nos premiers pas en ophtalmologie avec une gentillesse et une compréhension qui nous ont marqué.

A tous ceux qui nous ont aidé dans la réalisation de ce travail.

Dans le chaos des affections bulleuses indistinctement dites " pemphigus ",l'école de Lyon apportait en 1880 avec la thèse de Nodet un indispensable démembrement,dont l'intérêt fut vite souligné par Besnier,en séparant les éruptions pemphigoïdes de la maladie grave au plus haut degré,à laquelle doit être réservé le terme de pemphigus. Mais dans le groupe des dermatoses pemphigoïdes continuait,toutefois de régner la plus grande confusion.

Le mérite revient à Duhring d'avoir reconnu le premier,en 1884,un type clinique et évolutif bien déterminé,caractérisé par une éruption polymorphe faite de lésions " érythémateuses,vésiculeuses,bulleuses et pustuleuses,diversement combinées,accompagnées de prurit et de sensations de brûlures ",dont l'évolution chronique,entrecoupée de rémissions et de récidives, n'altère pas l'état général. Le groupement spécial des lésions en bouquets de vésicules et de bulles sur un fond érythémateux,était pour Duhring le caractère essentiel de sa " dermatite herpétiforme " : " sans

herpétiformité,pourrait-on dire,la maladie ne saurait exister ".

Dans les années qui suivirent (1888-1898), Brocq,critiquant l'étroitesse du cadre crée par Duhring, édifiait le syndrome plus large de ses " dermatites polymorphes douloureuses ",avec leurs quatres grands caractères : polymorphisme de l'éruption,existence d'importants phénomènes fonctionnels,évolution par poussées, conservation d'un bon état général.

Ce groupe englobait,non seulement la dermatite herpétiforme,mais encore de nombreux faits qui,bien qu'il ne fut pas possible de la classer dans le cadre de l'érythème polymorphe ou du pemphigus vrai,ne comportaient pourtant pas l'herpétiformité exigée par le Maître de Philadelphie.

Bientôt pourtant furent observés des faits très voisins, mais ne réunissant pas au complet les quatre caractères du syndrome primitif de Brocq : formes du vieillard avec altération profonde de l'état général,parfois mortelles;formes non douloureuses,ni prurigineuses, fréquentes chez l'enfant,etc..

Mais en 1912,révisant sa conception première, Brocq ne considérait plus sa dermatite polymorphe douloureuse comme une entité morbide,mais comme une simple " réaction cutanée ". Ainsi,les faits discordants rappelés ci-dessus devaient trouver aisément leur place,en tant que réactions distinctes mais voisines,dans le cadre très large d'une dermatite polymorphe " qui ne conservait qu'un seul des quatre critères primitifs. Dans le même esprit,dès 1907,Hallopeau avait proposé l'appellation de " maladie de Dühring-Brocq ",dont le flou devait assurer la fortune.

Les travaux histologiques de A. Civatte sont venus,en 1936,justifier les analyses de Nodet,de Besnier,de Dühring et de Brocq,en séparant nettement la bulle sous-épidermique de la maladie de Duhring-Brocq, de la bulle intra-épidermique par acantholyse du pemphigus vrai.

L'entrée en maladie se fait habituellement sous la forme d'une éruption qui,suivant les cas,prend

un développement plus ou moins important par poussées successives d'éléments nouveaux,tendant à envahir de larges secteurs du tégument. Ace premier caractère d'extension par poussées s'ajoute une deuxième particularité de grande signification diagnostique : le polymorphisme de l'éruption.

La topographie de ces lésions ne comporte pas de réelle valeur d'orientation. Des localisations d'élection ont été signalées par Breck (1907). Mais en réalité, si les membres supérieurs sont le plus fréquemment atteints,surtout les avant-bras,tous les territoires cutanés peuvent être intéressés,y compris le cuir chevelu, les paumes et plantes,les organes génitaux. L'éruption, n'est pas nécessairement symétrique et l'atteinte isolée d'un seul secteur a été observée (Audry,1900; Balzer; Milbit (1908). La localisation sur les muqueuses, qui n'est point notée dans la description de Duhring peut se voir,et nous reviendrons ci-après sur ce point.

L'éruption cutanée revêt une grande variété de types morphologiques,qu'accroît encore la présence de reliquats lésionnels après un temps plus ou moins

long d'évolution. Cette notion de polymorphisme représentait pour Brocq un élément tellement important qu'il l'avait retenu pour le faire figurer dans l'appellation de la dermatose qu'il décrivait. Et,pour la commodité de la description,Brocq,avait rangé ces altérations cutanées en deux groupes : celui des lésions primitives, celui des lésions secondaires.

Au premier rang des lésions primitives il convient de placer les formations érythémateuses qui peuvent revêtir des types différents : plaques érythémateuses limitées,voire circonscrites,de peu surélevées, urticariennes,plus ou moins circinées ou annulaires, de teinte allant du rose au rouge sombre. Leur limite est parfois saillante,en bourrelet,évoquant un herpes circiné. A ces éléments érythémateux se mêlent parfois des papules rouges,dures,planes ou acuminées. Des vésicules qui,pour Civatte ne sont que des bulles de petites dimensions,sont habituellement nombreuses,groupées en figures circinées,qui ou bien reproduisent l'aspect d'un trichophytie ou d'un eczéma annulaire; ou se disposent en bouquet sur une base érythémateuse,justifiant le terme de " dermatite herpétiforme ". Des pustules pourraient également,selon les auteurs nord-américains,

se former d'emblée sur peau saine ou érythémateuse,puis se grouper et évoluer comme les bulles.

Les bulles qui sont parmi les lésions primitives les plus frappantes ont un aspect variable : hémisphériques,tendues,régulières ou bien aplaties, flasques. Leur diamètre est en général d'une dizaine de millimètres,mais certaines prennent le volume d'une noix,ou d'un oeuf de pigeon et s'accolent aux bulles voisines pour réaliser d'énormes phlyctènes irrégulières. Le contenu des bulles,exceptionnellement hémorragique, est constitué dans la règle d'un liquide clair,jaune citron,qui devient parfois louche,opalin,voire purulent : c'est un liquide albumineux,qui se trouble par l'ébullition,et qui contient des granulations graisseuses réfringeantes,des leucocytes plus ou moins nombreux parmi lesquels une proportion relativement considérable,d'éosinophiles,quelques hématies,parfois enfin des cellules épidermiques déchiquetées. Les bulles se forment le plus généralement sur une base érythémateuse,mais ce signe caractéristique souffre des exceptions à l'occasion desquelles elles naissent directement en peau saine. Parfois irrégulièrement disséminées, les bulles se réunissent volontiers en petits groupes

de deux ou trois,ou même en amas de dix à vingt éléments serrés les uns contre les autres sur un placard érythémateux,s'ouvrant parfois les uns dans les autres,recouverts d'une pellicule frippée comme dans l'herpes zoster. Les bulles de la dermatite ou bien se rompent spontanément ou par grattage,ou encore se dessèchent après être passées par un stade de purulence.

Pour la clarté de notre exposé et bien que cet élément ne trouve pas sa place dans la description des lésions cutanées de la maladie de Duhring-Brocq, nous croyons devoir rappeler ici une notion dont l'importance est fondamentale dans le diagnostic de la dermatose : à la différence de ce que l'on constate au cours de pemphigus vrai,le signe de Nikolsky est négatif. Il arrive qu'au cours de la recherche,le frottement appuyé du doigt provoque un décollement de l'épiderme sous la forme d'une pellicule " épaisse,opaque et blanchâtre ". Mais il s'agit d'un faux signe de Nicolsky que l'on réserverait essentiellement dans les formes pemphigoïdes graves (Zilberberg).

Les lésions secondaires représentent des séquelles des altérations cutanées que nous venons de décrire et,dans le cours de l'évolution de la maladie, se mêlent à ces dernières. Une desquamation lamelleuse marquent parfois la trace des vésicules et des bulles transparentes. Les bulles opalescentes ou les pustules aboutissent à la formation de croûtes de la forme et de la taille de l'élément primitif : quand on les arrache prématurément on met à nu une surface ulcérée,d'un rouge vif,sanguinolente ou simplement suintante; le plus souvent,elles se détachent et tombent spontanément, laissant au-dessous d'elles une surface rouge. Les taches maculeuses qui marbrent le corps des malades sont consécutives aux bulles laiteuses et aux pustules : ce sont de véritables taches pigmentaires qui ont tendance à s'effacer lentement. Il est rare que les téguments soient le siège de lichénification. Les cicatrices sont de la plus grande variété et ne se voient que dans certaines formes : les téguments prennent un aspect luisant; ils sont parsemés de kystes épidermiques. Enfin,à titre exceptionnel,ont été signalées des lésions de type très particulier : des épaississements kératosiques,d'apparence macérée,occupant tou-

te l'étendue des paumes et des plantes; aux plis articulaires et aux pieds,des excroissances papillomateuses volumineuses,formant saillie.

Ainsi,la coexistence chez de mêmes malades de lésions élémentaires aussi différentes d'apparence, aussi nombreuses de variétés,aboutit à la constitution d'un tableau très spécial. Ce polymorphisme comporte très habituellement une indéniable valeur et on doit opposer ce caractère au monomorphisme du pemphigus chronique. Mais il faut bien savoir que cette particularité n'est pas constante et que,chez un même malade,l'éruption peut conserver un même type morphologique pendant toute son évolution et que les types objectifs les plus divers ont été signalés.

Les lésions des muqueuses,on le sait actuellement,ne sont pas rares dans la dermatite de Duhring-Brocq : ce sont des bulles éphémères,auxquelles font suite des érosions très douloureuses.

La muqueuse labiale est la plus fréquemment atteinte : et la gêne qu'elles apportent à l'alimentation,en raison des douleurs qu'elles provoquent,en arrive à être responsable d'atteintes de l'état général.

Les muqueuses jugale,pharyngée,laryngée, oesophagienne et génitale sont très rarement atteintes.

Les lésions graves de la conjonctive étiquetées autrefois " pemphigus oculaire " sont en réalité des manifestations de la maladie de Duhring-Brocq. La lésion bulleuse,souvent unique,peut se former en différents points de la conjonctive. Il est possible qu'elle évolue rapidement,sans laisser la moindre trace. Mais souvent,la constitution de bulles successives entraîne des altérations plus ou moins importantes telles que synéchies conjonctivo-palpébrales allant jusqu'au symblépharon et pouvant provoquer secondairement des lésions cornéennes et l'amaurose.

Les bulles peuvent aussi survenir au voisinage immédiat de la cornée ou sur la cornée même. Le risque est alors grand de voir se produire une ou plusieurs ulcérations,laissant à leur suite des taies et une opacité plus ou moins complète.

Différentes manifestations subjectives accompagnent habituellement l'éruption. Elles consistent essentiellement en un prurit d'une extrême intensité. Mais,chez certains sujets,il s'agit plutôt de sensations de chaleur,d'ardeur,de brûlure,de picotements, de fourmillements,de tension douloureuse.

Il arrive que ces sensations existent seules et soient l'unique phénomène morbide,précédant l'éruption de quelques jours,de quelques heures. Le plus souvent,elles se développent en même temps qu'elle. Elles lui sont rarement postérieures.

Elles peuvent se calmer et même disparaître à certains moments de la journée ou pendant certaines périodes de l'affection. Leur réveil ou leur redoublement d'intensité annonce l'apparition prochaine d'une nouvelle poussée. L'ouverture des vésicules et des bulles semble calmer un peu le prurit.

Besnier,Brocq considéraient ces troubles sensitifs comme une " condition sine qua non " du diagnostic. En réalité,si l'on peut avec Hutche (1912) considérer la dermatite bulleuse comme une affection essentiellement prurigineuse (pemphigus pruriginosus

de Chausit),il faut,avec Hoffmann (1890),admettre l'absence possible de prurit. Hoffmann insiste même sur le fait que jamais ce caractère n'est extrémement évident.

Bien que la part individuelle de cet élément subjectif ne puisse être sous-estimée,ou ne saurait donc faire de ce caractère,quelle que soit son importance théorique et pratique,un élément pathognomonique.

La conservation d'un bon état général,caractère sur lequel Duhring et Brocq ont particulièrement insisté,représente l'un des éléments les plus frappants de la maladie.

Malgré des lésions parfois intenses et étendues,malgré les sensations pénibles et le prurit,causes d'insomnies et de nervosisme,malgré une longue série de poussées s'étalant sur des années,les malades conservent un état général satisfaisant,se nourrissent parfaitement,digérent normalement et,souvent,ne maigrissent pas. La fièvre ne se manifeste que dans les formes graves,et elle reste peu élevée,oscillant entre

38° et 39°. Des accès fébriles,cependant,peuvent accompagner chaque poussée.

Des complications toutefois sont susceptibles d'altérer un tel tableau ou,à un moindre degré,des manifestations diverses d'infléchir l'évolution.

Les complications microbiennes se conçoivent aisément. Elles trouvent leur origine dans la surinfection des lésions cutanées : lymphangite,érysipèle, pneumopathies aiguës,abcès du poumon. L'éventualité a même été évoquée d'augmentation de leur fréquence à la suite de l'application de traitements à base de corticoïdes.

Les complications viscérales sont d'interprétation plus délicate. Toth,en 1908 a signalé l'existence d'une néphrite aiguë coincidant avec une poussée de dermatite et disparaissant avec elle. Les types les plus divers de néphropathies ont été signalées. De nombreux auteurs ont insisté sur la constance de l'hypoazoturie. D'après Tenneson et Vilenki son élève,

cette hypoazoturie aurait une importance capitale : elle serait la conséquence d'un ralentissement de la nutrition et d'une insuffisance rénale grâce auxquels des produits excrémentitiels mal élaborés s'accumuleraient dans l'organisme et produiraient les lésions cutanées par l'intermédiaire du système nerveux. Mais l'hypoazoturie et l'hypotoxicité des urines ne sont pas constantes.

D'autres atteintes viscérales, plus ou moins discrètes ont été signalées, hépatiques ou intestinales par exemple. Mais ces dernières comportent sans doute une signification particulière sur laquelle nous serons appelé à revenir ci-après.

L'évolution de la dermatite de Duhring-Brocq n'obeit pas à des règles constantes.

Elle se fait le plus généralement par poussées successives qui sont fort irrégulières,quant à leur date d'apparition,leur intensité,leur durée et même leur forme éruptive,avec en définitive un pronostic relativement favorable. Ces " attaques ", ainsi que les avait dénommées Brocq,dont la durée varie de quelques semaines à quelques mois,sont d'ordinaire séparées les unes des autres par des périodes de repos complet ou de calme relatif.

Les formes d'emblée chronique se voient plus particulièrement chez les sujets âgés,qui sont alors exposés pendant des mois et des années aux complications inhérentes à leur état viscéral,notamment vasculaire et rénal,à l'atteinte d'affections intercurentes, aux aléas de traitements comportant eux-mêmes de sérieux dangers.

Les formes aiguës,terminées en quatre semaines à six mois par la mort ou par une guérison apparemment complète sont d'observation exceptionnelle.

Rien de plus complexe,rien de plus intéressant que l'étude des formes cliniques de la dermatite de Duhring-Brocq. Leur parfaite connaissance permet de porter le diagnostic sur des cas dont le tableau clinique ne reproduit pas fidèlement celui de la variété vulgaire polymorphe que nous venons de décrire.

Parmi les formes morphologiques,il faut retenir en premier lieu celles qui doivent être effectivement rangées sous l'appellation de dermatite herpétiforme.

La variété herpétiforme vraie est caractérisée par des groupes de vésicules plus ou moins nombreuses, reposant sur une base érythémateuse : c'est elle qui est vraiment digne du nom de dermatite herpétiforme pure,évoquant de près l'image de l'herpes vulgaire. Mais à côté de celle-ci,il est accepté de ranger sous la même étiquette des variétés caractérisées par des lésions érythémato-urticariennes,circinées,vésiculeuses ou non vésiculeuses,au cours desquelles l'affection garde pendant toute sa durée le seul et unique carac-

tère objectif de cercles ou d'anneaux plus ou moins urticariens ou saillants,formant les dessins les plus capricieux,avec ou sans formation de vésicules : il s'agit en somme de variétés qui rappellent non plus vraiment l'herpes vulgaire,mais davantage l'herpes circiné trichophytique.

L'éruption bulleuse se présente sous un aspect différent dans la variété pemphigoïde : les bulles sont de taille importante,parfois considérable, mesurant jusqu'à plus de 30 mm. Elles sont habituellement peu nombreuses,et restent même solitaires. Elles affectent plus volontiers les membres. Il est à noter toutefois que l'on peut chez le même malade,constater la coexistence de bulles pemphigoïdes et herpétiformes.

Le polymorphisme de l'éruption,pour important que soit ce caractère,peut ainsi que nous l'avons déjà noté faire défaut dans certains cas ou encore,comme l'a signalé Brocq n'apparaître que " dans l'évolution".

Enfin,dans la série des faits,la dermatite de Dühring-Brocq peut se réveler par des accidents cutanés tout à fait inhabituels et c'est ainsi que l'on a décrit de nombreux types éruptifs atypiques : à forme

d'eczéma vésiculo-suintant (Gougerot et Tabernat), oedémateux (Coste et Pignet), syphiloïde (Massia et Pétouraud),ulcéreux et nécrosant (Burekardt),végétant (Werner,Tschopp,Kissmeyer),à kystes épidermiques (Brocq, Danlos, Weissenbach).

En fonction de l'âge des intéressés,la maladie de Dühring-Brocq adopte des allures très différentes.

Chez l'enfant,elle se marque par un tableau assez particulier pour que,dès 1889,Unna,au Congrès international de dermatologie de Paris en ait réuni tous les éléments pour décrire,sous le nom d'hydro puerorum,une variété spéciale de la dermatose à laquelle du reste,Thilliez dès 1895,puis J. Hallé en 1904, et P. Sobye en 1946 ont opposé des réserves. Mais il est certain que cette forme de l'enfant se caractérise par la disposition fréquente des lésions " en caleçon", la tendance à la symétrie,la conservation d'un bon état général,la rétrocession après une évolution qui s'étale parfois sur plusieurs années. L'affection

apparaît parfois après une vaccination jennerienne ou une infection amygdalienne. La maladie peut revêtir soit une forme pemphigoïde,peu prurigineuse,qui guérirait ordinairement avant l'âge adulte,soit une forme papulo-vésiculeuse,accompagnée d'un prurit sévère, évoluant par poussées coupées de rémissions et se prolongeant souvent au-delà de l'enfance.

La forme du vieillard s'oppose par l'allure générale de son comportement à celle de l'enfant. Elle apparaît aujourd'hui comme la plus fréquente et aggrave donc le pronostic d'ensemble de l'affection. Elle affecte le plus souvent un aspect pemphigoïde,évolue d'une seule tenue,s'accompagne d'une altération de l'état général,et se termine souvent par la mort,en général,à l'occasion le plus généralement d'une complication viscérale,cardiaque ou rénale.

La forme de la femme enceinte a très trop retenue l'attention des cliniciens : c'est " l'herpes

gestatiouis ", selon la dénomination adoptée depuis Milton (1872) pour désigner l'ancien " pemphigus aigu prurigineux " de Chaussit (1852) et Hardy (1863).

La maladie " ne se développe chez certains sujets que pendant et à propos de la grossesse " (Brocq). Elle récidive chez certaines parturientes à chaque grossesse et survient habituellement après le 3ème mois,chez d'autres au moment de l'accouchement. Elle apparaît le plus souvent dès la première ou deuxième grossesse,chez des femmes jeunes ou d'âge relativement avancé,les premières lésions se constituant volontiers dans la région ombilicale.

L'évolution se fait vers la guérison,soit en quelques semaines,alors que la grossesse se poursuit, soit le plus souvent à l'accouchement ou dans les semaines qui suivent celui-ci. Une recrudescence de l'éruption survient habituellement du premier au troisième jour de l'accouchement. Dans quelques cas,des poussées bulleuses s'établissent aux périodes menstruelles,tous les mois suivants,ou plus tard,en dehors de toute grossesse,reproduisant l'aspect et l'évolution de la maladie de Dühring-Brocq.

Si le pronostic est bénin pour la mère,il n'est pas de même pour l'enfant. La mort du foetus ou celle du nourrisson surviendrait pour les classiques dans la moitié des cas : elle n'est toutefois que de 6 décés sur 27 grossesses dans la statistique récente de Brian,Russel et Thorn (Brit.J.Derm.,1957,69,339-357). Il a été signalé que l'enfant peut naître porteur de bulles.

Les formes oculaires qui ont été pendant longtemps décrites comme formes particulières de la maladie de Dühring-Brocq sont aujourd'hui reconnues comme indépendantes d'elles. Leur symptomatologie et leur évolution autorise à leur accorder une personnalité indiscutable qui leur confère place dans les cadres nosologiques sous l'appellation de pemphigus bénin des muqueuses (Lever),ou encore de dermatite bulleuse muco-synéchiante et atrophiante (E. Lortat-Jacob).

Un ensemble de caractères biologiques ont été très tôt reconnus à la maladie de Dühring-Brocq.

Au premier rang de ceux-ci figure l'éosinophilie qu'il est possible de mettre en évidence dans le sang,dans le liquide des bulles et dans la moelle osseuse.

L'éosinophilie sanguine est très fréquente, atteingant parfois des taux élevés (10 à 30%). Elle est sans rapport avec le potentiel évolutif de la maladie.

Cette éosinophilie a pu être considérée comme un signe caractéristique du Duhring,et parcequ'elle est un des éléments du tableau pathologique du mycosis fongoïde,de la maladie de Hodgkin,Leredde avait proposé de placer la maladie de Dühring-Brocq au rang d'une hématodermie. En fait,elle n'est constante et elle s'observe dans un si grand nombre de circonstances, états parasitaires,dermatoses de sensibilisation et parfois même dans le pemphigus vrai qu'on ne peut lui reconnaître une grande valeur diagnostique.

L'éosinophilie du liquide des bulles, variant entre 20 et 90% du chiffre des leucocytes, ne manquerait jamais pour certains auteurs. Elle n'est toutefois ni plus fréquente ni plus importante que dans le Pemphigus. L'existence d'une éosinophilie médullaire a été constatée par H. Gougerot et Dreyfus. Mais le myélogramme n'est jamais franchement altéré.

Différents troubles métaboliques ont été constatés. Ils sont fréquents mais non caractéristiques : acidose, hypercholestérolémie, hypochlorémie, hypoprotidémie avec inversion du quotient albumineux. par augmentation des globulines (Gaté et Thiers) ou par baisse de la séro-albumine (Turpin et Chassagne).

Les travaux de Watrin, Beurey et Collaborateurs (1952) montrent que le fait important est la diminution de la masse sanguine et du chiffre des protides, attribuée par ces auteurs à une déperdition plasmatique par les ulcérations cutanées, comme chez les grands brûlés. Ces déséquilibres protidiques impli-

quent éventuellement une sanction thérapeutique.

L'hypersensibilité à l'iode des sujets atteints de maladie de Duhring-Brocq figure pratiquement une constante (Besnier,Jadassohn). Elle se manifeste surtout vis à vis de l'iodure de potassium soit en ingestion (prise unique de 1 gr.), soit en application locale (vaseline contenant 50% d'iodure). La réaction apparait 24 à 48 h. après,sous forme d'un érythème prurigineux ou de bulles . La réaction au contact ne se produit souvent qu'aux endroits antérieurement atteints. Mais l'administration d'iodure en tant qu'épreuve diagnostique est dangereuse : elle est susceptible d'aggraver une poussée en cours ou de provoquer une poussée chez un ancien malade. Jessner et Hoffmann, au Congrès de Dresde,proposent de considérer ce test à l'iodure comme un élément de la plus haute valeur du diagnostic avec le pemphigus car,dans cette affection,il serait constamment négatif,malheureusement, Herxheimer trouve la réaction par contact en défaut

dans 7 cas de Duhring authentiques. Et dans un cas de Kagelman,la réaction au brome et à l'iode fut alternativement positive et négative.

Il est évident que cette sensibilité toute particulière des malades à l'iode,et accessoirement au brome pose un problème dont on s'attache de toutes parts à élucider les éléments car on disposerait très vraisemblablement ainsi de clartés singulières dans la conception de la nature même de la dermatite de Dühring-Brocq.

Pour Jadassohn,cette sensibilité serait due à l'iode libéré. Mais Naegeli a pu la reproduire en infectant le liquide de bulles ne contenant pas d'iode.

D'autre part,la connaissance de ces accidents cutanés que l'on range sous l'appellation de toxidermies,plus exactement des manifestations bulleuses qui apparaissent sous l'effet de l'iode,du brome,des sels d'halogènes,place la question sur un terrain particulier. On ne peut manquer d'établir un parallèle entre eux et certaines formes aiguës ou sub-aiguës de la maladie de Dühring-Brocq,de même qu'avec certaines

formes de dermatite, très certainement déclenchées par l'injection de substances opaques iodées en vue d'explorations radiologiques. En outre des cas de tous points comparables ont été constatés sous l'effet de certains produits médicamenteux, les barbituriques ou les sels d'arsenic sous leurs différentes formes.

De tels faits conduisent sans doute à placer la maladie de Dühring-Brocq dans un cadre très particulier.

Les caractéristiques histo-pathologiques de la bulle de la dermatite de Dühring-Brocq qui ont été déterminées par A. Civatte, notamment dans les éléments qui distinguent la formation des bulles du pemphigus et de l'érythème polymorphe bulleux représentent la pièce fondamentale du diagnostic.

La bulle typique du Duhring est une bulle sous-épidermique de " tension ". Elle est uniloculaire, à contours arrondis,émoussés,parcourue par quelques tractus fibreux. Son plafond est constitué par l'épiderme intact qui est soulevé en bloc avec la basale. Les cellules qui bordent la cavité sont aplaties,comprimées par la tension du liquide,bien différentes des cellules arrondies,isolées les unes des autres par acantholyse,que l'on constate dans le pemphigus vrai (Lapière,Arch.Belge Derm.Syph.,1946,2,81-99). Si l'épiderme est parfois nécrosé,au-dessus du sommet des très grosses bulles,cette nécrose est secondaire,et elle n'existe pas aux bords de la bulle,à la différence de ce qu'on observe dans l'érythème polymorphe (A.Civatte).

La cavité estremplie par un liquide fibrineux dans lequel nagent des cellules libres en nombre extrêmement variable : lymphocytes,monocytes,polynucléaires neutrophiles et,en général,polynucléaires éosinophiles très abondants.

Le plancher est formé par le corps papillaire dénudé. Le derme papillaire sous-jacent est

oedémateux avec un infiltrat inflammatoire assez important (monocytes,polynucléaires neutrophiles et éosinophiles) à disposition surtout périvasculaire. La présence constante d'un oedème dermique abondant,la distension de l'épiderme détaché,la présence à la face profonde de celui-ci de cellules déformées,étirées, hérissées de bouts de filaments d'unions rompus indiquent clairement que la phlycténisation est le résultat d'un arrachement brutal de l'épithélium par une exsudation oedémateuse sous pression survenue dans le tissu conjonctif. Les cavités intra-épidermiques,que l'on peut observer doivent être considérées comme une lésion accessoire et fortuite,formee par un mécanisme tout différent de celui qui engendre les bulles.

La bulle de Duhring-Brocq s'oppose ainsi d'une part à la bulle intra-épidermique avec acantholyse du pemphigus,et d'autre part à la bulle sous-épidermique avec épiderme en nécrose de l'érythème polymorphe.

Dans la variété herpétiforme,la bulle sous-épidermique comporte des caractéristiques propres sur lesquelles l'Ecole belge a insisté (J. Pièrard, A. Du-

pont et A. Fontaine,Arch. Belges Derm. Syph.,1957,13, 370-390.). Les lésions dermo-épidermiques consistent en micro-abcès à polynucléaires souvent picnotiques et éosinophiles,situés au sommet des papilles dermiques, et en une nécrobiose secondaire de cellules basales et malpighiennes adjacentes. Ces lésions ont,non seulement une vraie valeur diagnostique,mais également une signification physio-pathologique.

De bulles sous-cornées se voient parfois dans la maladie de Duhring-Brocq,notamment dans la variété herpétiforme. Lapière,Van der Meiren,Zilberberg admettent l'éventualité de telles formations qu'ils attribuent les uns à une régénération de l'épiderme,les autres à une exosérose ou à une nécrose.

Pour R. Dégos et J. Civatte (Bull. Soc. Fr. Derm.,1961,68, 381-386),les bulles sous-cornées n'ont aucune connexion avec les bulles sous-épidermiques et ne s'accompagnent d'aucun clivage malpighien intermédiaire. Elles paraissent se faire aux dépens d'une

exosérose et d'une exocytose trans-épidermique. L'existence de ces bulles superficielles,fréquemment constatées dans l'épiderme au cours de la dermatite de Duhring-Brocq,ne remet pas en cause la distinction entre cette dermatose et le pemphigus vrai : l'acantholyse manifestement primitive du pemphigus vrai ne se constate que sur les cellules qui bordent la cavité de la bulle sous-cornée de la maladie de Duhring-Brocq.

La structure histologique des placards érythémateux est des plus banales : l'oedème du corps papillaire et l'infiltrat inflammatoire plus ou moins dense sont les seuls éléments pathologiques dont on relève la présence sur ces lésions.

Le cyto-diagnostic de Tzanck apporte au diagnostic de la dermatite une information de très grand intérêt,tout particulièrement dans la mesure où

il met en évidence une image qui s'oppose fondamentalement à celle du pemphigus vrai. Et,d'autant plus qu'elle est facile,il devrait constituer un temps systématique dans l'élaboration du diagnostic des dermatoses bulleuses importantes.

Après étalement sur lame du produit de raclage du plancher de la bulle et coloration au May-Grünwald-Giemsa,les frottis montrent quelques cellules malpighiennes normales,dont le noyau petit,ovalaire,dense, contient un fin réseau de chromatine et un tout petit nucléole bleu pâle. Le cytoplasme basophile est clair, irrégulièrement étalé autour du noyau lorsque la cellule est isolée,plus ou moins fondu avec le cytoplasme des cellules voisines lorsqu'il s'agit d'un placard. Par ailleurs on ne trouve que des éléments figurés du sang,lymphocytes,polynucléaires neutrophiles,et un plus ou moins grand nombre d'éosinophiles. En un mot,un frottis d'aspect polymorphe et pauvre,contrastant violemment avec le frottis dense et monomorphe du pemphigus,avec ses nombreuses cellules épidermiques ségrégées,au noyau souvent monstrueux (Tzanck et Arou Brunetière,Sem.Hôp.Paris,1949,25,3973-3981).

Le diagnostic de la dermatite polymorphe de Duhring-Brocq est souvent d'une grande difficulté. En pratique,il se pose surtout avec les dermatoses vésiculeuses dans la variété herpétiforme et avec les affections bulleuses dans la variété pemphigoïde.

L'impétigo est une cause assez fréquente d'erreurs,soit qu'il s'agisse d'un impétigo généralisé à grosses bulles ressemblant à la maladie de Duhring-Brocq,soit que l'éruption du Duhring se présente surtout sous la forme de croûtes impétiginiformes. On doit toujours soupçonner une maladie de Duhring-Brocq en présence d'un soi-disant impétigo généralisé,plusieurs fois récidivant,surtout chez un adulte. L'existence de bulles ou d'érosions sur la muqueuse buccale éliminerait en pratique le diagnostic d'impétigo,mais cette atteinte muqueuse est très inconstante dans la dermatite.

De toute façon,l'image histologique est absolument différente.

Il peut être difficile de distinguer l'érythème polymorphe bulleux de certaines poussées brèves de Duhring-Brocq,quand l'aspect typique en cocarde et la localisation particulière des éléments d'érythème bulleux aux extrêmités,aux coudes,aux genoux,sur les muqueuses,n'ont pas leur netteté classique.

A. Civatte (Congrès de Bruxelle) a montré l'intérêt,dans ces cas douteux,de l'examen histologique,qui révèle au-dessus de la bulle sous-épidermique ou intra-épidermique de l'érythème polymorphe l'existence d'importants stigmates de nécrose. On peut aussi se baser sur l'importance de l'exosérose et de l'exocytose dans l'épiderme de l'érythème polymorphe,ainsi que sur les caractères de l'infiltrat papillaire,principalement lympho-histiocytaire,occupant de façon diffuse la papille sur toute sa hauteur sans jamais réaliser l'image en micro-abcès du sommet de la papille décrite dans la dermatite herpétiforme (J. Pièrard, A. Dupont et A. Fontaine,Bull. Soc. Fr. Derm et Syph., 1958,65,23-26.).

Le prurigo bulleux,dans certaines formes à bulles volumineuses,peut simuler chez l'enfant la maladie de Duhring-Brocq. La coexistence des papules fermes de " Strophulus " surmontées d'une vésiculette,l'absence de lésions muqueuses,la moins longue durée des poussées sont les meilleurs arguments en faveur du prurigo. L'examen histologique ne lève pas toujours les doutes, la bulle du prurigo pouvant être sous-épidermique.

La dermatose pustuleuse sous-cornée de Sneddon-Wilkinson se rapproche cliniquement de la dermatite herpétiforme de Duhring-Brocq dans sa forme pustuleuse. Mais elle s'en distingue franchement par ses caractères histologiques. Atteignant les adultes et les sujets âgés,l'affection se traduit par une éruption de vésiculo-bulles de 0,5 à 1 cm de diamètre,rapidement ou d'emblée pustuleuses et qui ont tendance à se grouper en cercles incomplets,en arcs irréguliers ou en images circinées à évolution excentrique. Les lésions siègent électivement aux aisselles,aux plis

sous-mammaires,aux aines,aux faces de flexion des membres. Le prurit est le plus souvent absent. L'état général est excellent. Les lésions histologiques sont constituées par une pustule superficielle sous-cornée, d'apparence impétigineuse,très différente non seulement de la bulle sous-épidermique classique de la maladie de Duhring-Brocq,mais aussi des formations sous-cornées parfois rencontrées dans certaines formes de la dermatite. Celles-ci,en effet s'accompagnent d'un infiltrat dermique et de phénomènes d'exocytose et parfois de nécrose épidermique qui manquent dans la pustulose de Sneddon et Wilkinson.

Mais,en pratique aussi bien que pour les conséquences à intervenir,le principal diagnostic à discuter en présence d'une dermatose évoquant la maladie de Duhring-Brocq est celui de pemphigus,sous sa forme de pemphigus vulgaire.

Ici,l'éruption est monomorphe,composée de bulles développées directement sur la peau saine. Le signe de Nikolsky apparaît constamment à un moment de l'évolution,signant l'existence de l'acantholyse : cette acantholyse manque toujours dans la maladie de Dühring-Brocq. Le prurit est presque systématiquement absent,et les bulles se forment à l'insu du patient. L'éruption,parfois douloureuse dès le début,le devient toujours dès un certain stade de l'évolution. Mais la douleur n'a aucun rapport avec le prurit : c'est une sensation de brûlure,de cuisson,liée à la présence des excoriations cutanées très étendues.

La localisation des bulles est différente. Alors que dans le Duhring-Brocq,le siège reste dans la règle strictement cutané,n'affecte que des régions que l'on sait très souvent siège de réactions d'intolérance (poignets,avant-bras,région cervicale,thorax), respectant le plus habituellement les muqueuses,dans le pemphigus,il semble que tout le revêtement cutanéo-muqueux est,ou puisse être atteint : nez,oreilles et surtout les muqueuses.

Les phénomènes généraux,absents ou mineurs dans le Duhring-Brocq,sauf chez certains vieillards, ne manquent jamais après un certain temps d'évolution du pemphigus : la mort est l'aboutissant d'une cachexie progressive qu'ont préparés l'amaigrissement,l'anorexie, les vomissements,avec agitation ou dépression nerveuse. L'évolution peut être rapide,soit aiguë,avec fièvre dans les dernières semaines,ou très lente,durant des mois ou des années,mais toujours progressive.

Si l'étude biologique des dermatites polymorphes révèle deux signes capitaux,l'éosinophilie et la sensibilité à l'iodure de potassium,celle du pemphigus n'apprend rien de comparable : l'éosinophilie manque le plus souvent ou ne dépasse pas un chiffre supérieur à 4 p. 100 dans le sang et les bulles; aucune sensibilité à l'iode ne se révèle.

Certes d'un sujet à un autre certains de ces critères cliniques peuvent se montrer en défaut. Mais l'argument histo-pathologique reste toujours fondamental. Le siège intra-épidermique de la bulle du pemphigus vrai,sa constitution à partir de processus d'acantholyse toujours décelables dans l'épiderme,l'op-

posent à la bulle essentiellement sous-épidermique de la maladie de Dühring-Brocq.

Enfin, le cytodiagnostic peut apporter en "vingt minutes " (Tzanck) une précision déterminante, lorsqu'il permet de découvrir les cellules du pemphigus vrai, ségregées, au noyau monstrueux.

En matière d'étiologie et de pathogénie de la dermatite polymorphe, les multiples recherches ont été menées dans les sens les plus différents. Mais la question demeure encore au plan des interprétations, sans conduire à aucune certitude.

Un ensemble de conditions d'apparition sont toutefois retenues, dont aucune à vrai dire ne comporte valeur d'explication.

La maladie de Duhring-Brocq s'observe à tous les âges. Elle est exceptionnelle chez le nourrisson, relativement rare chez l'enfant et s'observe au contraire plus fréquemment après soixante ans. Elle peut survenir en cours de grossesse ou après l'accouchement et récidiver à chaque grossesse. Elle n'est ni contagieuse ni héréditaire ni familiale.

De nombreux auteurs sont d'accord pour insister sur la relative fréquence de circonstances pathologiques précédant ou accompagnant les manifestations de la dermatite : vaccination jennerienne,grossesse, infection urinaire,parasitoses intestinales,adénome prostatique,et même processus malins,leucoses ou cancers. L'affection apparaît alors comme une " allassopathie " selon l'expression de Sézary,comme une maladie déclenchée à l'occasion de modifications physiologiques ou pathologiques diverses survenues dans l'organisme (P. Rimbaud).

Mais,nous devons y revenir,ces différentes conditions conduisent à des constatations de fait,sans pour autant fournir une raison. Et ce sont donc des théories qui sont avancées pour tenter de concevoir cette dermatose si particulière.

De ces théories,certaines ne sont plus actuellement retenues ou ne reposent pas sur des faits suffisamment probants.

L'origine sanguine de la dermatite a été invoquée par Ler dde et Ch. Perrin qui se fondaient sur l'existence habituelle d'une éosinophilie notable dans le sang des malades et le liquide des bulles : la maladie de Duhring devait donc être rangée dans le groupe des dermatoses dues à une maladie du sang ou des organes hématopoïétiques. Mais actuellement,on tend à retenir cette éosinophilie en tant qu'argument en faveur d'une autre hypothèse pathogénique,à vrai dire autrement séduisante,et l'interprétation de Leredde et Perrin n'a plus guère de partisan.

La théorie nerveuse ne repose que médiocrement sur une base démonstrative. Certes l'examen des faits cliniques établit d'une manière assez précise que des manifestations nerveuses accompagnent les accidents cutanés. Mais,que ce rôle soit primitif,et que l'affection soit une dermato-neurose pure,ou qu'il soit secondaire à l'action sur le système nerveux d'un microbe et de ses toxines ou de toxines provenant de l'organisme

lui-même,c'est ce que nous ignorons complétement.

L'origine infectieuse de la maladie a été invoquée. Mais la diversité des germes isolés du sang des patients ou du liquide des bulles incite à douter de leur signification. Cependant,l'action favorable des sulfathiazols et de l'auréomycine pourrait être retenue en faveur de cette interprétation.

La théorie virale repose sur des recherches expérimentales plus poussées (Erbach,Werth,Arch. of Derm. Syph.,1943,183,483; Gay-Prieto, Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1963,70, 348-351). Les recherches de A. Crosti,F. Gianotti et coll. sont de ce point de vue particulièrement intéressantes (C.R. XII° Congr. Int. Derm.,1962; Hautarzt, 1964, 15,537-544). Ces auteurs ont en effet isolé du sang,des bulles,ou du liquide céphalo-rachidien des sujets atteints de pemphigus vrai,de maladie de Duhring-Brocq,de pemphigus oculaire, d'érythème polymorphe,un virus doué d'un pouvoir cytopathogène considérable,cultivable in-vitro sur cellules K.B. et sur rein de singe.

De nombreux dermatologistes envisagent actuellement avec faveur,à la suite de Tzanck et de Bernhardt, une théorie allergique qui ferait de la dermatite de Duhring-Brocq une " maladie de sensibilisation ", une " réaction d'intolérance ". Et un ensemble de constatations plaident dans le sens de cette interprétation :

- la sensibilité des malades aux sels halogènes (iode,brome), à l'aspirine,aux barbituriques,à d'autres produits;

- la possibilité de transmission de cette sensibilité par inoculation de la sérosité de bulles (Lettner);

- l'existence d'éosinophilie.

Pour Tzanck et Cord " la maladie de Duhring-Brocq apparaît comme un type d'intolérance bulleuse prenant place à côté d'intolérances cutanées : eczémas,urticaire,oedème de Quincke,érythrodermie,etc. ".

Le terrain arthritique sur lequel insistait Bazin,Tzanck le reconnait pour ce " terrain particulier que les recherches actuelles ont montré comme

étant le terrain de beaucoup le plus favorable aux réactions d'intolérance ".

Mais,quel que soit l'intérêt spéculatif de ces différents essais de concevoir la nature de la dermatite,l'étiologie de la maladie de Duhring reste de nos jours encore imprécise. Il est même difficile d'affirmer qu'elle constitue une maladie autonome et non un syndrome réalisé par les causes les plus diverses.

Peu d'affections en dermatologie ont fait l'objet de tentatives thérapeutiques aussi variées, aussi multiples que la maladie de Duhring-Brocq. Les méthodes les plus diverses,les procédés les plus incohérents ont successivement été portés au pavoi par leurs auteurs. Il faut en rechercher la raison dans l'évolution de la maladie,procédant par poussées séparées par de longs intervalles de calme. Un traitement

quelconque peut facilement donner l'impression d'une action heureuse lorsqu'il est appliqué à une poussée à son déclin ou à une des formes non récidivantes. L'on conçoit dès lors toute la prudence,tout le sens critique qu'il faut apporter dans l'étude des moyens thérapeutiques.

Les traitements généraux les plus divers ont été proposés. Nous ne retiendrons que ceux d'entre eux qui déterminent d'ordinaire,ou semblent avoir assez souvent déterminé des effets satisfaisants.

Les sérums et vaccins ont été utilisés par quelques auteurs qui invoquaient l'origine infectieuse de la dermatite de Duhring-Brocq. On a utilisé des vaccins antistaphylococciques,antistréptococciques, antigonococciques,antityphiques,etc.,avec les résultats les plus variables,favorables dans certains cas, nuls dans d'autres. Encore faut-il remarquer que l'on saurait tirer de l'action heureuse d'un vaccin un argument pathogénique.

Des essais de traitement par choc pyrétogène ont été tentés,sans succès bien convaincants,soit par injection de péptone,ou de lait,soit par injection intraveineuse de vaccins tel que le Dmalcos. La constatation de l'influence heureuse d'infections intercurentes à même conduit en Allemagne à des tentatives de malariathérapie. Il semble bien que la fièvre posséde une certaine action heureuse sur le prurit qu'elle calme,sur le déroulement de la poussée qu'elle abrége généralement,mais elle reste inefficace sur l'évolution générale et sur les récidives.

L'administration d'extraits glandulaires a été entreprise,sans résultat bien démonstratif :extraits ovariens,testiculaires,surrénaux,hypophysaires,thyroïdiens,l'adrénaline,l'ergotine. S'il est parfois possible de déceler un trouble endocrinien,celui-ci ne conditionne pas directement la maladie de Duhring-Brocq et sa correction thérapeutique n'entraîne donc pas la guérison.

Les composés d'arsenic trivalent ou pentavalents,sulfarsénobenzol ou novarsénobenzol témoignent une action assez régulière,surtout dans les variétés où se surajoute un élément dystrophique et qui ont tendance à évoluer vers la forme pemphigoïde. Jadassohn,dès 1906,au Congrès de Berne,constatait que,grâce à l'arsenic, l'éruption disparaît plus ou moins complétement tant que l'on donne certaines doses de ce médicament,pour réapparaître lorsqu'on cesse.

Ce sont surtout les auteurs anglais et américains qui prônent énergiquement l'arsenic,le considérant comme spécifique dans les cas les plus rebelles. Pour Hutchinson,il est impossible de nier son action. Mais pour cet auteur, " il faut avoir la foi,car sans cela, l'on manque de patience ",et l'on interrompt trop tôt la médication.

Pour Watrin,l'autohémothérapie constitue l'arme thérapeutique de choix des affections bulleuses du type de la dermatite de Duhring-Brocq,alors qu'elle ne possède aucune action sur le pemphigus: dès les premières injections de sang,la poussée s'arrête,les bulles se

cicatrisent et l'évolution s'interrompt parfois définitivement,ou tout au moins pour une longue durée.

Trempel a suivi l'influence favorable du traitement par la formule sanguine,en constatant que les injections provoquent une diminution nette des éosinophiles.

La désensibilisation par l'iode a été introduite par Jadassohn dans l'arsenal thérapeutique de la dermatite. Pour désensibiliser les malades,il commence par administrer de petites doses et les augmente progressivement.

A l'inverse,Perls donne de fortes doses d'iodure qui provoquent une aggravation passagère,puis il voit la maladie s'atténuer en administrant des doses d'iodure de moins en moins fortes.

Les antihistaminiques ont une action intéressante non seulement sur le prurit,mais aussi sur la formation des bulles.

La sulfapyridine ou Dagénan,chère aux auteurs anglais et australiens,à la dose quotidienne de 2 à 4 gr. suivant l'âge écrasée dans du lait après les repas,poursuivie pendant 1 à 3 mois,constitue un traitement-test de diagnostic de la maladie de Duhring-Brocq dans sa variété herpétiforme. Des doses d'entretien de 0,5 à 1,5 gr. peuvent être continuées pendant plusieurs mois sous surveillance rénale et hématologique.

La Sulfaméthoxypyridazine (Sultirène),ainsi que la sulfadiméthoxine (Madribon),à la dose quotidienne de 0,5 gr. à 2 gr.,donnent une proportion de résultats favorables,d'échecs et de rechutes à peu près comparable à celle que l'on enregistre avec l'emploi de la sulfapyridine.

Les sulfones sont utilisées surtout sous la forme de diaphénylsulfone ou sulfone mère (Disulfone). A dose quotidienne élevée (300 mg) poursuivie plusieurs semaines ou mois,ce produit donne souvent des résultats favorables. Mais son emploi exige une étroite surveillance hématologique et rénale.

L'auréomycine,les tétracyclines ont donné quelques améliorations et même des blanchîments,mais rarement durables. R. Degos et R. Touraine (Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1961,68, 872-878) ont conseillé leur emploi,à la dose quotidienne de 1 gr à 1,50 gr pendant un mois,en complément de cures de sulfapyridine de même durée.

Au total,ces différents moyens thérapeutiques doivent être mis en oeuvre,en recourant bien entendu en premier à ceux d'entre eux dont l'efficacité est le plus généralement reconnue. Mais les échecs immédiats ou les rechutes désormais rebelles sont assez fréquentes pour que l'on doive en définitive,dans une proportion assez élevée des cas,recourir aux corticoïdes. Actuellement,la corticothérapie représente le moyen de traitement très souvent employé avec succès dans la maladie de Dühring-Brocq, aussi bien que dans le pemphigus.

Avec la prednisone (Cortancyl),la dose d'attaque doit être de l'ordre d'au-moins 40 mg par jour et, si le dessèchement des bulles n'intervient pas en quelques jours,cette dose doit être portée à 60 ou 80 mg.

On maintient cette dose d'attaque durant deux semaines environ au-delà de l'arrêt du processus évolutif,puis on la diminue très progressivement jusqu'à parvenir à la dose d'entretien qui se situe aux environs de 5 mg.

Les tentatives de sevrage du corticoïde ne seront entreprises qu'après de longs mois de silence de la maladie.

Le traitement local,tous les auteurs sont en parfait accord sur ce point,ne témoigne aucune efficacité et ne comporte d'effet que symptomatique. Il n'a pour rôle que de contribuer à calmer le prurit et à désinfecter les bulles excoriées.

Dans les formes discrètes,on pratique des badigeonnages d'éosine,de mercurochrome,de permanganate de potasse en solution à 1 p. 4.000; on vide les bulles par piqure à l'aiguille flambée,sans arracher le toît. Dans les formes profuses,il faut coucher les malades nus entre des alèzes stériles et talquées,en pansant soigneusement avec du tulle gras les excoriations douloureuses.

Les bains d'amidon,les poudrages avec des poudres inertes,l'incorporation de topiques corticoïdes (Hydrocortisone et surtout Triamcinolone) à la crême de Dalibour permettent le plus souvent d'attendre sans trop d'inconfort l'effet des médications générales.

Mais la description que nous venons de présenter correspond à celle que les classiques donnent de la maladie de Dühring-Brocq. Nous n'avons pas fait état de certaines données qui posent peut-être la question de la place qu'il convient de reconnaître à la dermatite, donc de ses limites,dans le cadre général des dermatoses

bulleuses,par exemple ces cas troublants dans lesquels la maladie s'est développée en correlation avec un eczéma vésiculo-suintant (H. Gougerot,S. Gordon et Loewenthal(47-48), J.A. Loewenthal (63), J. Pellerat et D. Colomb (82), J. Watrin et Jeandidier (108), V. Musumeci (79). Il ne nous est cependant pas possible de ne pas évoquer les travaux récents concernant la nature des rapports du Dühring avec une entéropathie jéjunale et le problème d'une éventuelle auto-sensibilisation dans certaines formes de la maladie.

L'association d'une entéropathie jéjunale à la dermatite herpétiforme est fréquente.

Sur 278 biopsies jéjunales,dont 28 chez des malades atteints de dermatite herpétiforme, J. Marks et S. Schuster ont trouvé dans 66 p. 100 des cas de Dühring-Brocq des signes majeurs d'atrophie du grêle. R. Marks (68) a constaté,chez 6 sur 9 sujets porteurs d'une dermatite herpétiforme des modifications des villosités intestinales. Parmi les 20 malades de Van de Staak,van

Tongereen et collaborateurs11 présentaient des altérations vérifiées par la biopsie : chez 6 de ces 11 sujets,la muqueuse jéjunale a tendu à redevenir normale sous l'influence d'un régime sans gluten. R. Dupuy, J.Guilaine, F. Potet et J. Vallin (33) rapportent le cas d'une femme de 31 ans,présentant une dermatose bulleuse,chez laquelle la biopsie jéjunale a permis de constater l'existence d'une atrophie villositaire totale.

Meenan,Cahalane et col.. citent le cas d'un garçon de 3 ans atteint en même temps d'un Dühring et d'une maladie coeliaque.

De tels faits,et d'une fréquence certaine, posent la question de la signification d'une telle association. Mais,avant qu'il soit permis d'y répondre,il faut d'abord reconnaître la complexité du problème pathologique ainsi soulevé.

Dans un premier groupe de malades,les constatations donnent à penser que la malabsorption consécutive aux altérations jéjunales est responsable de certains désordres cutanées. C'est le cas de la maladie

coeliaque à l'occasion de laquelle peuvent se voir des éruptions diverses,et même pour certains auteurs celles de la maladie de Dühring-Brocq. Ces accidents disparaissent lorsque la cause de la malabsorption est traitée.

Dans cet ordre des faits doivent se placer les résultats d'une étude de Marks et M.W. Whittle (71) : 21 malades atteints de Dühring contrôlé par la Dapsone ou les sulfamides sont soumis à un régime sans gluten pendant 15 mois; dans 15 cas,une amélioration des lésions intestinales est obtenue; chez 12 d'entre ces sujets,la dose de Dapsone peut être diminuée sans reprise des manifestations cutanées et même 3 de ceux-ci peuvent s'abstenir de Dapsone.

O. Ch. Pock-Steen et A.M. Niodson (87) ont constaté chez une femme de 30 ans,la disparition du Dühring après privation de lait et sa réapparition après reprise de son absorption. Ils ont également constaté à l'examen immuno-électrophorétique l'augmentation des Ig A,Ig M et Ig G à l'occasion des prises de lait et leur diminution avec l'arrêt de l'alimentation lactée. Il y aurait donc selon ces auteurs une sensibilité au lait dans la maladie de Dühring.

D. Kleinhans et F. Widmaïr (55) pensent que l'atrophie de la muqueuse intestinale déchaîne un processus d'auto-immunité d'où production en excès d'Ig A.

Mais le mécanisme qui lierait l'état intestinal aux lésions cutanées est encore incompris et,pour certains auteurs,le gluten lui-même n'est pas directement responsable lorsque la maladie coeliaque est en cause.

Est-ce au contraire la maladie cutanée qui entraîne la malabsorption?

On constate une situation de cet ordre à l'occasion des stéatorrhées induites par certaines lésions cutanées.

L'entéropathie dermatogène en est un exemple qui peut se voir au cours des dermatoses étendues telles que l'eczéma et le psoriasis.

La fréquence et l'importance des troubles de l'absorption des graisses et du folate sont proportionnelles à l'étendue des altérations cutanées.

Cependant,la physiopathogénie de l'entéropathie dermatogène reste de nos jours inconnue. Ainsi,

lorsque sont découverts simultanément un désordre cutané et une stéatorrhée,il faut se garder d'oublier l'entéropathie dermatogène,et cette connaissance évitera d'inutiles régimes sans gluten.

Une troisième éventualité se présente lorsque la malabsorption et le désordre cutané ont une cause en commun. Le meilleur exemple en est fourni par les connectivites. Le traitement doit alors s'adresser aussi bien à la peau qu'au tube digestif.

Une dernière possibilité intervient enfin,à savoir que les accidents cutanés et la malabsorption s'intercale un lien indirect. Pour J. Marks (67),ce lien apparait différent de celui que l'on conçoit dans les groupes dont nous venons de faire état,peut-être d'ordre génétique.

Pour J. Marks,dans les deux-tiers des cas de maladie de Dühring dans sa variété herpétiforme,il existe des anomalies histologiques du jéjunum qu'on ne peut distinguer de celles de la maladie coeliaque. Mais les lésions cutanées du Duhring ne régressent pas lorsque la

maladie coeliaque est contrôlée par un régime sans gluten même si la muqueuse grêle redevient normale. A l'inverse,la malabsorption ne disparaît pas lorsque les lésions cutanées guérissent sous l'influence des sulfamides ou des sulfones.

Ainsi,la fréquence est bien établie d'altérations jéjunales coexistant avec les manifestations cutanées de la maladie de Dühring-Brocq. Mais le rapport qu'il faut établir entre les deux états demeure encore incertain et la découverte de cette situation appelle d'autres recherches. En tout état de cause,en l'état actuel de nos connaissances,cette notion d'entéropathie n'apporte aucune clarté à la conception de l'étiologie ou de la pathogénie de la dermatite.

Mais les recherches immunologiques actuelles soulèvent un problème d'un exceptionnel intérêt. Depuis les premiers travaux de Jordan et Butner,en 1967,il s'atteste qu'il existe chez les sujets atteints de maladie de Dühring-Brocq de forme bulleuse,des immuno-globalines qui jouent le rôle d'anticorps vis-à-vis d'un ou de plusieurs antigènes de la membrane basale de l'épithélium stratifié. Ainsi se trouve posée la question d'une auto-sensibilisation dans la dermatite de Dühring et des rapports de cette affection avec le pemphigus.

Les anticorps peuvent être décelés grâce à deux techniques immunologiques basées l'une sur l'immuno-fluorescence et l'autre sur la peroxydase. Ils sont fixés par fragments Fab et ils ont le pouvoir de fixer le complément in vitro. Ces anticorps sont localisés dans les fractions Ig G, Ig M et,dans une certaine mesure,dans les fractions Ig A.

L'antigène correspondant est localisé sur la membrane basale des épithéliums stratifiés de l'homme et des vertébrés supérieurs. On ne décèle pas sa présence sur

d'autres membranes basales,en particulier sur celles des vaisseaux,des reins,des poumons ou de la thyroïde.

Au cours du pemphigus bulleux,cet anticorps apparaît spontanément. Sa présence serait,pour certains auteurs spécifique de la maladie,encore que J. Thivolet et A.J.Beyvin l'aient caractérisé chez des patients non atteints de cette affection et même,une fois chez un sujet apparemment normal. Au relevé des statistiques de la littérature,il s'atteste que l'anticorps anti-membrane basale est présent dans 76 p.100 des cas de pemphigus bulleux. Dans une étude poursuivie en coopération avec neuf instituts francophones et portant sur 190 malades J. Thivolet et A.J. Beyvin sont parvenus au résultat suivant : existence de l'anticorps dans 77 p.100 des cas classés dans le cadre du pemphigus bulleux sur la base du tableau clinique; ce taux s'élève à 92 p.100 sur un groupe plus réduit de malades défini outre l'aspect clinique par des critères thérapeutiques.

Les divergences d'opinion concernant la présence ou l'absence d'anticorps dans la variété herpétiforme de la dermatite de Dühring-Brocq sont dues à cette catégorie de cas intermédiaires qu'il est très difficile de classer

en fonction des seuls éléments du tableau clinique : certains auteurs les rangent systématiquement dans le cadre du pemphigus bulleux dès que l'existence d'anticorps est constatée,tandis que d'autres les considèrent comme des variétés herpétiformes avec présence d'anticorps.

Dans une communication présentée au XIVé Congrès international de dermatologie (Venise,1972), J. Thivolet et A.J. Beyvin (101) ont défini les caractéristiques des profils immunologiques dans le pemphigus bulleux et dans la dermatite de Duhring.

Pour ces auteurs,le tableau immunologique du pemphigus bulleux est caractérisé par des anticorps circulants dont les taux ne sont pas proportionels à l'intensité des désordres cutanés. Les anticorps sont parfois même absents chez des malades qui présentent des lésions bulleuses étendues. En d'autres termes,ces anticorps n'ont qu'une signification diagnostique imparfaite et sont de peu d'intérêt pour l'étude de l'évolution et des effets du traitement. En revanche,la fixation in vivo des anticorps à la jonction dermo-épidermique est un phénomène caractéristique et constant dû à un dépôt linéaire de globulines des types Ig G

et plus rarement Ig M et Ig A, et même du type Ig D,associées au complément.

Le profil immunologique de la dermatite herpétiforme est caractérisé par l'absence d'anticorps circulants et la présence de dépôts de globulines à la jonction dermo-épidermique. Ces globulines sont principalement des Ig A associées aux fibrines et au complément.

Ces découvertes immuno-histologiques sont d'un extrême intérêt,mais demeurent encore d'une interprétation très difficile. Car elles laissent apparaître des notions dont certaines semblent contradictoires ou dont,en tout cas, l'explication n'est pas encore possible.

Lorsque les anticorps sont injectés à des hommes ou à des animaux,ils ne provoquent jamais de désordre cutané, bien qu'ils se fixent toujours sur la peau. La persistance de ces anticorps,quelques fois à un taux élevé,longtemps après la guérison des patients,contribue également à faire douter de leur rôle pathogénique.

Cependant,comme le font observer certains auteurs, la fixation élective de ces anticorps aux lieux précis où le détachement bulleux s'établit constitue un argument très

important en vue d'admettre que s'ils ne sont pas la cause unique des lésions cutanées,ils en sont au moins l'un des éléments. D'autre part,nous ne savons encore ni pourquoi ni comment ces anticorps sont élaborés. Deux hypothèses ont été avancées sur ce point,mais qui ne sont pas sans soulever des objections :

- la production d'anticorps serait le résultat d'un dysfonctionnement auto-immunitaire du système d'immuno-régulation; mais il n'est pas établi que les auto-anticorps sont la cause réelle des lésions cutanées et,de plus,cette hypothèse ne fournit pas la raison du dysfonctionnement de l'immuno-régulation;

- la production d'anticorps serait secondaire à la destruction de la membrane basale et à la libération d'auto-antigène; mais cette hypothèse n'apporte aucune lumière sur la cause de l'agression initiale.

C'est en faveur de cette dernière interprétation des faits que penchent J. Thivolet et A.J. Beyvin qui admettent qu'elle est plus en rapport avec les faits cliniques et biologiques connus.

Peut-être y a - t-il lieu toutefois de retenir que pour J. Marks et S. Schuster,ainsi que pour d'autres auteurs,la dermatite de Dühring-Brocq est très fréquemment associée à une entéropathie jéjunale.

Or, D. Kleinhaus et F. Widmaïr sont conduits à penser que l'atrophie du grêle,dans ces cas,déclanche la production d'Ig A par un processus d'auto-immunité. Il ne serait donc pas impossible que l'origine du mécanisme déclenchant l'apparition de la dermatite soit à point de départ intestinal.

Ainsi,bien qu'elles soulèvent des questions auxquelles il est en l'état actuel des connaissances impossible de répondre,les recherches qui sont poursuivies sur les rapports éventuels de la dermatite de Dühring-Brocq avec une entéropathie jéjunale et avec un trouble d'ordre immunitaire sont peut-être en voie d'éclairer l'étiologie mais aussi de délimiter sous une autre forme la place nosologique de la maladie.

Sur les conseils de notre Maître,M. le Professeur F.G. Marill,nous nous proposons de consacrer notre thèse inaugurale à l'étude de la maladie de Dühring-Brocq en Algérie.

Nous disposons à cette fin de 80 observations qui ont été recueillies : pour 22,de 1950 à 1962,à la clinique universitaire de dermatologie d'Alger,sous la direction de M. le Professeur E. HADIDA; pour 45,de 1962 à 1972,dans ce même service,sous la direction de M. le Professeur F.G. Marill; pour 13,de 1950 à 1968,dans le service de dermatologie du centre hospitalo-universitaire de Constantine.

Après avoir exposé les caractéristiques essentielles de la maladie de Dühring-Brocq,nous présenterons notre travail en deux parties :

- dans un premier chapitre,nous reprendrons sous une forme résumée les observations des malades qui ont été pris en compte;

- dans un deuxième chapitre,nous analyserons ces documents en vue de définir les formes sous lesquelles la maladie se présente en Algérie.

CHAPITRE 7

OBSERVATIONS

Nous présentons ci-après, sous une forme résumée, les observations qui ont été effectuées à l'occasion de la surveillance médicale des 80 malades que nous avons retenus.

Pour faciliter une meilleure appréciation des faits, nous avons jugé opportun de classer ces documents par ordre d'âge des sujets intéressés.

Observation n° 1

La petite Nefs. Nassima, âgée de 9 mois, est hospitalisée en septembre 1969, pour dermatose constituée de placards érythémateux localisés au niveau des membres inférieurs sur lesquels se disposent des bulles claires.

Le début de l'affection remonterait à 1 mois : apparition des lésions au niveau des pieds, puis extension progressive. Etat général altéré et fièvre oscillant entre 38°2 et 39°, en raison d'une pneumopathie aiguë datant de 10 jours.

Examens biologiques : hématocrite : 35,5 p.100; globules blancs; 27.400/mm3 (éosino : 2 p.100). Intradermoréaction à la tuberculine : négative.

Téléthorax : opacité pulmonaire du sommet droit.

Prélèvement laryngé : examen direct : cocci gram + et batonnets gram - ; après culture : staphylocoque doré à staphylocoagulase positive.

Examen histo-pathologique : " le fragment intéressé un fragment cutané présentant une bulle volumineuse,sous épidermique,remplie de sérosité et de polynucléaires,le derme sous-jacent est envahi d'éléments inflammatoires. L'image peut évoquer la maladie de Dühring-Brocq. ".

Traitement : outre les soins locaux de désinfection, administration de sultirène pendant 25 jours,à la dose de 0,125 g/j.

Parallèlement,administration de Bristopen et d'hexacycline.

Au 26ème jour,l'enfant est reprise par ses parents : guérison de l'accident pulmonaire; amélioration de l'état général; complète rétrocession des lésions cutanées.

Observation n° 2

Le petit Bell.. Ahmed,âgé de 2 ans,originaire d'EL-EULMA,est hospitalisé en avril 1955 pour éruption bulleuse généralisée avec lésions surinfectées,de fièvre à 39° sur un fond subfébrile. Bon état général.

Examen histopathologique : " l'image histologique confirme le diagnostic de dermatite de Dühring-Brocq en montrant plusieurs décollements bulleux,sous-épidermiques. En certains endroits,surinfection assez importante du contenu de la bulle.

Traitement : en un premier temps,antibiothérapie : pénicilline (500.000 U,puis 1.000.000 U par jour) et streptomycine 1 gr par jour. Secondairement : nivaquine,qui doit être abandonnée du fait d'une intolérance gastrique,puis quinacrine pendant 1 mois (100 mg/jour).

L'enfant est retiré par son père.

Observation n° 3

Le petit MOU... hocine,âgé de 4 ans,résidant à Sidi-Marouf,est hospitalisé en août 1960 pour éruption bulleuse très prurigineuse qui dure depuis 6 mois.

Bulles,sur peau saine,très nombreuses sur la région génitale,le cou et mains,nombreuses sur les membres inférieurs et supérieurs,ainsi qu'à la face. Par ailleurs existence d'une hépatomégalie de un travers de doigt.

Examens biologiques : globules blancs9000/mm3 (Eos.10%).

Traitement : auréomycine (625 mg/j).

Evolution : après 15 jours de traitement,l'éruption bulleuse a totalement disparue.

2ème hospitalisation : en septembre 1960 nouvelle poussée bulleuse sur la face,les parties génitales,les cuisses. Prurit intense.

Examen histo-pathologique : " il s'agit bien d'une bulle avec décollement épidermique,exsudat hémorragique et leucocytaire,faible infiltration inflammatoire du conjonctif. L'examen histologique s'accordant avec le diagnostic de Dühring-Brocq,mais ne le démontrant pas."

Traitement : pendant 25 jours,pénicilline (1.000.000 U/j), et streptomycine (1 g/j).

Evolution : disparition de toutes les bulles.

3ème hospitalisation : en avril 1961.

Bulles au niveau des bourses,des pomettes.

Examen biologique : globules blancs 10.000/mm3 (Eos. : 7 p.100).

Traitement : outre lessoins locaux,nivaquine (0,20 g/j) et auréomycine (0,325 g/j.).

Evolution : persistance de bulles et de lésions excoriées un mois et demi plus tard.

Observation n° 4

La petite Mesg.. Dominique,âgée de 4 ans,originaire d'Alger, est hospitalisée en décembre 1956 pour dermatite polymorphe récidivante.

Le début remonte à 3 ans. Une éruption apparaît brusquement sur la face et sur la région génitale,très prurigineuse,sous forme de grosses croûtes (pustulose varioliforme de Julinsberg-Kaposi). La fillette est traitée pendant 8 jours par pénicilline-dihydrostreptomycine : guérison parfaite sans séquelle cutanée.

Depuis,tous les 3 à 6 mois,l'enfant est atteinte d'une poussée de lésions cutanées à type d'eczéma érythémato-vésiculeux, disséminées sur tout le corps. Les premières poussées sont guéries par un traitement comportant de la sanclomycine,du bécozyme et de l'aphilan R. Mais ces produits deviennent inefficaces et on les remplace par l'administration d'erythromycine et des applications locales de pommade à l'hydrocortisone. Les lésions guérissent parfaitement.

Quelques mois plus tard,éruption plus brutale qui justifie l'hospitalisation. Lésions généralisées,le cuir chevelu même n'étant pas respecté : volumineuses bulles remplis d'un liquide clair naissant les unes sur une base érythémateuse,les autres en peau saine. Elles laissent des ulcérations recouvertes d'une croûte rouge.

Examen biologique : globules blancs : 10.400/mm3 (Eos. 3 p.100)

Cyto-diagnostic : " liquide de bulle : nombreux polynucléaires neutrophiles,pas d'éosinophiles,présence d'entérocoques,plancher de bulle : absence de cellules ballonisantes,absence d'images faisant penser à un pemphigus ".

Examen histo-pathologique : image de Dühring-Brocq.

Traitement : outre les soins locaux, administration de cortancyl (15 mg/j) et de rovamycine (1 g/j).

Evolution : très nette amélioration après 40 jours de traitement, mais apparition de signes de rétention hydrosodée.

Observation n° 5

La petite REK.. Hafida, âgée de 4 ans, domiciliée à Alger, est hospitalisée en décembre 1971 pour éruption bulleuse évoluant depuis 2 mois avec fièvre. Lésions polymorphes : bulles claires, fermes, croûtes, petites plaques arrondies, roses, pigmentées ou blanchâtres, réparties sur la presque totalité du revêtement. Signe de Nicolsky négatif.

Examens biologiques : vitesse de sédimentation 111/122; hématocrite 29%; Globules blancs : 1600/mm3 (Eos. 4 p. 100).

Examen histo-pathologique : " le prélèvement examiné a intéressé une formation volumineuse, bulleuse, sous-épidermique. L'aspect est évocateur d'une maladie de Dühring-Brocq ".

Traitement : outre les soins locaux, sultirène (0,250 g/j) pendant trois mois et demi, puis 0,125 g/j.

Evolution : importante amélioration, mais apparition de temps à autre de rares bulles éparses.

Observation n° 6

Le petit SED.. Ahmed,âgé de 4 ans,originaire de Oued-Fodda, est hospitalisé en mai 1957 pour lésions bulleuses disséminées en diverses parties du corps.

Le début remonterait à 3 ans environ. L'éruption serait apparue peu de temps après un tremblement de terre d'Orléansville,au cours duquel l'enfant aurait éprouvé une violente peur. Depuis,l'éruption procède par poussées successives.

Lésions érythémateuses et bulleuses,réparties sur tout le revêtement,mais respectant la face et le cuir chevelu. Prurit important.

Examens biologiques : globules blancs : 18.500/mm3 (Eos. 7 p.100).

Cyto-diagnostic : liquide de bulle : nombreux polynucléaires neutrophyles et éosinophiles. Plancher : absence d'image pouvant faire penser à une pemphigus.

Examen histo-pathologique : " bulle sous-épidermique. Tout le toit est constitué par l'épiderme dans son ensemble; et le plancher,réctiligne, par le derme superficiel congestif,et infiltré de quelques éléments inflammatoires à topographie périvasculaire. L'image histologique plaide en faveur de la maladie de Dühring-Brocq ".

Traitement : outre les soins locaux,hydrocortancyl (20 mg/j) et auréomycine (0,750 g/j) pendant 1 mois et demi : ce traitement ne suspend pas la formation de bulles nouvelles.

La dose d'hydrocortancyl est abaissée à 5 mg/j pendant 15 jours, puis 2,5 mg/j pendant encore 15 jours,la dose d'auréomycine demeurant la même. A la fin de ce nouveau mois de traitement,importante poussée de bulles.

Observation n° 7

Le petit Fell. Rachid,âgé de 4 ans,domicilié à El-Harrach, est hospitalisé en décembre 1970.

Placards érythémateux étendus,d'apparence urticarienne. Bulles petites et nombreuses. Prurit important.

Examens biologiques : hématocrite : 43 p.100; G.B. : 12.400/mm3 (Eosino.: 15 p.100,puis 42 p.100) (démonstration d'une ascaridiose intestinale).

Examen histo-pathologique : " le prélèvement intéresse un revêtement cutané où l'on observe une volumineuse bulle sous-épidermique contenant une sérosité éosinophile et de nombreux polynucléaires. Il n'existe pas d'acantholyse. Il s'agit bien d'un Dühring-Brocq.

Traitement : outre les soins locaux,sultirène (0,200 gr./j.) pendant 2 mois et demi,avec adjonction de triamcinolone pendant le dernier mois.

Evolution : après le premier mois de traitement début de rétrocession des lésions cutanées. Après le deuxième mois,disparition de toute lésion. Le traitement est encore poursuivi pendant 15 jours.

Observation n° 8

L'enfant Halk.. Lazhar,âgé de 5 ans est hospitalisé en juillet 1965 pour dermatose bulleuse généralisée.

Sur la totalité du tégument,semis de petites bulles en peau saine dont certaines se sont transformées en pustules,avec multiples ulcérations et excoriations recouvertes de croûtes mélicériques. Température oscillant entre 37° et 38°. Etat général médiocre.

Examen histo-pathologique : " le fragment cutané examiné montre une bulle sous-épidermique uniloculaire :

1° le toit est représenté par la totalité du corps muqueux intact.

2° Le plancher est constitué par le corps papillaire oedémateux largement infiltré de très nombreux poly-nucléaires et quelques lymphocytes et histiocytes.

3° Le contenu de la bulle est fait de sérosité et de polynucléaires neutrophiles et éosinophiles.

L'aspect histologique s'accorderait avec le diagnostic de maladie de Dühring-Brocq ".

Traitement : outre les soins locaux, administration en un premier temps, d'hexacycline (0,250 g/j) et de bipénicilline (500.000 U par jour) un jour sur deux; puis, après régularisation de la température, triamcinolone (2mg/j) : amélioration nette dès la fin de la première semaine. Hexacycline et triamcinolone sont poursuivies pendant 3 mois et 10 jours. Au deuxième mois, il ne subsiste que quelques bulles éparses; reprise de l'état général; lors de l'exeat, état cutané excellent.

Observation n° 9

Le petit garçon Rez. Boualem, âgé de 5 ans, originaire d'Alger, est hospitalisé en mars 1970 pour éruption bulleuse évoluant par poussées depuis quelques mois.

Bulles de petites tailles de 5 à 10 mm de diamètre, claires ou purulentes, tendues, disposées sur des plages érythémateuses irrégulières, réparties uniquement sur les membres supérieurs et inférieurs. Le signe de Nicolsky est négatif. Pas d'atteinte des muqueuses. Etat général bien conservé.

Examens biologiques : vitesse de sédimentation : 95/110; hématocrite 36 p. 100; G.B. 19.800/mm3 (éosino. : 2 p.100).

Examens électrophorétique des protides sériques : protidémie : 82 gr/l.
Albuminémie normale.
Augmentation importante des alpha 2.
Léger excés des gamma

Analyse immuno-électrophorétique : on observe :

- un fort excés de l' haptoglobuline.
- Une nette augmentation des I_g M; les autres immuno-globulines semblant normales.

Examen histo-pathologique : il n'apprend rien.

Traitement : outre les soins locaux,dagénan (1,50 g/j pendant 14 jours); amélioration des lésions cutanées,mais apparition de manifestations d'intolérance : érythème généralisé et élévation thermique. Triamcinolone (4 mg/j pendant 18 jours) : rétrocession des lésions cutanées dès le troisième jour,qui se maintient.

L'enfant est repris par ses parents.

Observation nº 10

Le petit garçon Bou. Mourad,âgé de 5 ans,domicilié à Alger, est hospitalisé en janvier 1969 pour éruption polymorphe siégeant essentiellement sur les membres et évoluant depuis un an.

L'éruption est faite surtout de bulles claires,sur peau saine ou sur une base érythémateuse,de tailles moyennes (1 à 10 mm de diamètre), groupées,isolées; de quelques placards urticariens; de lésions post-bulleuses à type de croûtes arrondies ou de taches dépigmentées. Quelques éléments sur les lèvres. Les muqueuses sont indemnes. L'état général est bien conservé.

Examens biologiques : vitesse de sédimentation : 107/123; hématocrite : 29 p.100; G.B. 2060/mm3 (éosino.: 1 p.100).

Examen histo-pathologique : il n'apprend rien.

Traitement : outre les soins locaux,dagénan (1 g/50 par jour,pendant 8 jours,puis 2 g/j,pendant 8 jours) : asséchement des bulles; la dose est abaissée à 1,25 g/j,reprise évolutive; pendant un mois,1,50 g/j : effet favorable,puis reprise évolutive.

Le traitement est poursuivi en associant dagénan (1 g/j) et triamcinolone (8 mmg/j), pendant un mois : rétrocession des bulles.

Surveillance pendant trois mois avec prise de triamcinolone, à doses décroissantes de 3 mg à 1 mg. Etat parfait du tégument.

Observation nº 11

Le petit garçon Sil. Hamid,âgé de 5 ans,originaire de Bouira, est hospitalisé en juillet 1969 pour des lésions cutanées évoluant depuis plusieurs mois.

Placards érythémateux surmontés de bulles,de 0,5 à 1 cm de diamètre,de pustules et de croûtes. Pas de prurit. Les muqueuses sont indemnes. Le signe de Nicolsky est négatif. L'état général est bien conservé.

Examens biologiques : vitesse de sédimentation : 82/108; hématocrite : 34 p.100; G.B. 17.200 (éosino. : 10 p.100).

Examen histo-pathologique : " le prélèvement cutané comporte une bulle de siège sous-épidermique,dont le toit est formé par la basale de l'épiderme et le plancher par le derme. Cette bulle contient une sérosité renfermant quelques polynucléaires. Aspect de Dühring-Brocq ".

Traitement : outre les soins locaux (bains de solution de permanganate de potasse à 1 pour 4000 et,applications de violet de gentiane en solution aqueuse à 0,25 %), dagénan (1,50 g/j pendant 10 jours) : rétrocession des lésions cutanées,mais apparition d'un érythème morbilliforme. La dose de dagénan est abaissée à 1,25 g/j,pendant 5 jours encore : pas de bulles nouvelles; rétrocession de l'érythème.

L'enfant est repris par ses parents.

Observation n° 12

La petite fille Bouk. Zhor,âgée de 7 ans,est hospitalisée pour des lésions vésiculo-bulleuses. Depuis 1 an,l'éruption est faite de vésicules et de bulles les unes à contenu clair,d'autres séro-hémorragiques ou franchement louches,reposant toutes sur une aréole érythémateuse, siégeant essentiellement sur les mains,pieds,genoux et coudes,mais aussi sur le tronc,les jambes,les avant-bras. Pas de prurit. Signe de Nicolsky négatif. L'évolution se fait par poussées entrecoupées d'accalmies relatives.

Examens biologiques : vitesse de sédimentation : 65/103; G.B. 13.000/mm3 (Eosino 9 p.100). Bactériologie du liquide de bulles : selon des examens successifs,tantôt présence de staphylocoque,tantôt liquide stérile.

Examen parasitologique des selles : présence d'oeufs d'hymenolepis.

Examen histo-pathologique : Image typique du Dühring-Brocq.

Traitement : outre les soins locaux (bains de permanganate de potasse + bleu de méthylène en solution aqueuse,pommade néomycine-hydrocortisone à 1%),administration de terramycine,de pyostacine et de cathomycine.

Observation n° 13

La petite fille Merab. Hamama,âgée de 7 ans,originaire du douar Beni-Maamed,est hospitalisée en janvier 1959.

Début de l'affection marqué par du prurit,puis l'apparition d'une éruption polymorphe associant des placards érythémateux,des vésicules et des bulles. Bulles de tailles inégales,à contenu citrin,siégeant en peau saine ou sur une base érythémateuse. L'ensemble du corps est touché. Pas d'atteinte des muqueuses. L'état général est satisfaisant.

Examens biologiques : G.B. 10.000/mm3 (éosino 5 p.100). Germes isolés à partir d'une bulle de la cuisse gauche : staphylocoque blanc et doré.

Cyto-diagnostic : liquide de bulle : nombreux polynucléaires éosinophiles (80 p.100). Plancher de bulles : éosinophilie marquée; pas d'image d'acantholyse,de ballonisation.

Examen histo-pathologique : " bulle sous-épidermique,uniloculaire, contenant de la sérosité,de la fibrine et de nombreux polynucléaires. Le plancher dermique présente un infiltrat inflammatoire,assez abondant, péri-vasculaire.

Conclusion : maladie de Dühring-Brocq. Présence d'une surinfection assez importante ".

Traitement : outre les soins locaux,administration d'hydrocortancyl en association avec bipénicilline et streptomycine.

Amélioration très rapide. Mais persistance de lésions ulcérées sur le cou,la paroi abdominale,un avant-bras,un genou qui ne se cicatrisent qu'au bout de deux ans.

Observation n° 14

La petite fille FE. Ghislaine,âgée de 7 ans,originaire d'Oran, est hospitalisée en mai 1960 pour une affection bulleuse.

Début remontant à 20 jours,par l'apparition d'une bulle dans la région auriculaire. Quelques jours plus tard,le dos,la poitrine et les jambes sont atteints. Lorsque l'enfant est vue pour la première fois, seules les paumes et les plantes sont respectées. Les bulles sont de taille allant d'une tête d'épingle à un petit pois. Elles sont saillantes et claires. Elles s'ouvrent au bout de trois à quatre jours et sont remplacées par des formations croûteuses. Le prurit est important. L'état général est bon.

Examens biologiques : Hématocrite : 35 p.100; G.B. 8640/mm3 (éosino : 5 p. 100).

Traitement : outre les soins locaux,administration de sultirène (0,500 g/j).

Observation n° 15

Le petit garçon MOU. Ahmed,âgé de 8 ans,est hospitalisé en décembre 1960 pour éruption polymorphe disséminée sur tout le corps.

Depuis deux mois environ,apparition de bulles sur les bras et avant-bras,puis extension progressive à tout le corps,membres supérieurs,membres inférieurs,thorax,abdomen,face et cuir chevelu. Les bulles se dessèchent peu à peu,en laissant place à des croûtes. Le prurit est intense. L'état général est bon.

Examen histo-pathologique : " bulles sous-épidermiques sans acantholyse et sans nécrose du plafond épidermique. Le plancher dermique est aplati, contenant un infiltrat inflammatoire assez abondant. Image de maladie de Dühring-Brocq ".

Traitement : outre les soins locaux,administration de dagénan (1 g/j). Rétrocession des manifestations cutanées.

Observation n° 16

Le petit garçon BEL. Mahfoud,âgé de 8 ans,originaire de Ténés, est hospitalisé en novembre 1956.

Eruption localisée aux membres supérieurs et inférieurs,faite de bulles variants de la taille d'une lentille à celle d'un petit pois, renfermant un liquide purulent,cernées d'une petite couronne érythémateuse légèrement indurée. Certaines,vidées déjà de leur contenu,sont recouvertes d'une croûte noirâtre. Le prurit,diurne,est léger.

Examens biologiques : G.B. 11.000/mm3 (éosino : 7 p.100); protides totaux : 78,2 g/l; sérum-albumine : 45,2 g/l; sérum-globuline : 33 g/l;

SA/SG : 1,36.

Cyto-diagnostic : liquide de bulles: pas d'éosinophiles. Plancher de bulles : nombreux éléments du sang avec quelques cellules réticulaires; absence d'image du type pemphigus.

Examen histo-pathologique : " il s'agit d'une bulle sous-épidermique contenant de la sérosité et des éléments inflammatoires mononuclés et polynucléaires. Le plancher de la bulle,constitué par le derme superficiel,a conservé sa papillation normale. On note de plus un infiltrat inflammatoire périvasculaire assez important et une congestion marquée. Au total,il s'agit d'une bulle de Dühring-Brocq malgré la persistance de la papillation qui aurait pu faire penser à une porphyrie cutanée ".

Traitement : outre les soins locaux (applications de solution de Milian et de pommade à base d'hydrocortisone à 2,5%),administration de rovamycine (1 g/j,pendant 15 jours) : aucun résultat.
Tétracycline (1 g/j) : action efficace pendant environ 15 jours,puis poussée nouvelle.

La guérison n'est obtenue qu'après administration de Cortancyl (15 mg/j) pendant 3 mois.

Observation n° 17

Le petit garçon ME. Farid,âgé de 10 ans,originaire de Beni-Amrane,est hospitalisé en février 1971.

Bulles de grande taille,à contenu clair,en peau saine,sur le tronc,les membres supérieurs et inférieurs,les plis inguinaux,axillaire, le cou surtout,ne respectant pas les paumes et la plante. Ulcérations sur

la muqueuse des lèvres,la voûte palatine,génant la mastication. Seule la face est épargnée. Pas de notion de prurit ni de brûlure locale précédant l'éruption. Etat général conservé.

Examens biologiques : vitesse de sédimentation : 36/83; hématocrite 32%; G.B. 17.200/mm3 (éosino : 1 p.100).

Examen histo-pathologique : " le prélèvement examiné montre une formation bulleuse volumineuse située dans le derme,en position sous-épidermique. Il n'y a pas d'acantholyse. Le plancher de la bulle est horizontalisé. On observe de rares infiltrats inflammatoires dermiques. L'image est évocatrice de la maladie de Dühring-Brocq,mais on ne peut éliminer la toxidermie bulleuse ".

Traitement : outre les soins locaux,triamcinolone (20 mg/j) : affaissement des bulles après quelques jours de corticothérapie.

L'enfant est repris par ses parents au bout de deux mois : aucune lésion cutanée.

Observation n° 19

Mademoiselle DJ. Malika,âgée de 15 ans,apprentie couturière, résidant à Alger est hospitalisée en janvier 1971 pour dermatite bulleuse,évoluant depuis 15 jours.

Vastes plages érythémateuses,disséminées sur le tronc et les membres supérieurs,parsemées de petites bulles en chapelet. Le prurit est intense. Pas de lésions aux muqueuses.

Examens biologiques : vitesse de sédimentation : 40/90; G.B. 6600/mm3 (Eosino. : 2 p.100).

Examen histo-pathologique : " La coupe offre un aspect intermédiaire entre l'érythème noueux bulleux et la dermatite herpétiforme. Si on considére Si on considére le grand nombre de polynucléaires neutrophiles qui sont accumulés dans le sommet des papilles dermiques,l'orientation se fait plutôt vers la maladie de Dühring-Brocq,selon Perard ".

Traitement : outre les soins locaux (bains de permanganate de potasse, applications de violet de gentiane en solution aqeuse à 0,25 p.100 et de crème à base d'auréomycine (1 g/j.,pendant 10 jours) : éclosion de petites bulles claires sur une base érythémateuse,notamment sur le front,sans accompagnement de prurit.

Auréomycine (1 g/j.) et triamcinolone (12 mg/j) : dès le 4ème jour,affaissement des bulles.

Au 15ème jour,lorsque cette jeune fille rejoint le foyer familial,aucune lésion cutanée.

Observation n° 20

Zou. Lamri,adolescent de 16 ans,originaire du Kif,est hospitalisé en février 1967 pour éruption bulleuse généralisée.

Bulles claires,en peau saine,siègeant sur de nombreux secteurs du tégument,mais plus particulièrement sur les plis et dans la région génitale. Bulles tendues,de taille variant de celle d'un petit pois à celle d'une grosse noisette. Ulcérations en plages éparses. Etat général médiocre : amaigrissement,pâleur,asthénie. Température subfébrile dans les premiers jours.

Examens biologiques : G.B. 16.000/mm3 (Eosino : 1 p.100) .

Examen histo-pathologique : " on est en présence d'une bulle largement étalée,par décollement sous-épidermique. Elle contient d'assez nombreux éosinophiles,de même que les infiltrats inflammatoires péri-capillaires sous-jacents. En conclusion,cette bulle est du type maladie de Dühring-Brocq ".

Traitement : outre les soins locaux (applications de solution d'éosine), dagénan (2,50 g/j. pendant 35 jours). A la fin de ce traitement,il ne subsiste des lésions cutanées préexistantes que des traces dyschromiques. Très bon état général.

Observation n° 21

Bouma. Mokhtar,adolescent âgé de 16 ans,originaire de Berrouaghia,est hospitalisé en mars 1956.

L'état dont il est atteint date d'une semaine,marqué par l'apparition de plaques érythémateuses sur les membres inférieurs,puis quelques jours après,de bulles sur ces formations. A cemoment,le malade ressent du prurit. Les bulles,remplies d'un liquide citrin,s'ouvrent par excoriation et font place à une croûte cicatricielle. Les lésions polymorphes s'étendent et couvrent les membres supérieurs et inférieurs. Mais le tronc,le cou,la face sont respectés. Il n'y a pas de lésion des muqueuses.

Examens biologiques : G.B. 26.760/mm3 (Eosino.: 21 p.100). Mise en culture du pus des pustules : développement des colonies de streptocoques et de staphylocoques.

Cyto-diagnostic : plancher de bulle : nombreuses cellules du sang; nombreuses cellules réticulaires,dont de nombreuses formes macrophages. Liquide de bulle : nombreux polynucléaires éosinophiles; l'abondance des cellules et particulièrement de cellules réticulaires (plancher),fait penser plus à un érythème polymorphe qu'à un Dühring-Brocq; absence de cellules et d'amas pouvant faire penser à un pemphigus.

Examen histo-pathologique : " le prélèvement montre une bulle profonde, sous-épidermique. Le plafond est constitué par tout l'épiderme décollé, le plancher,par le derme qui a gardé son dessin papillaire. Le contenu de la bulle est fait de sérosité,de polynucléaires neutrophiles et de cellules mononuclées. Le derme présente un infiltrat lympho-histiocytaire péri-vasculaire; il ne montre pas d'oedème appréciable. Conclusion : maladie de Dühring-Brocq."

Traitement : outre les soins locaux,erythromycine (2 gr/j.) : 10 jours plus tard,aucun effet favorable.

Auréomycine (1 gr./j.) et cortancyl (30 mg/j.,puis 40 mg/j, puis 50 mg/j., puis à nouveau 40 mg/j pendant au total un mois et demi : apparition de signes de rétention hydro-sodée,mais persistance du prurit et de l'éruption de bulles.

Nivaquine (0,90 g/j,puis 1,50 g/j,puis 0,30 g/j) et auréomycine (1 gr/j),pendant 4 mois : très importante amélioration,et lorsque le malade rejoint sa famille,aucune bulle n'était apparue depuis un mois et demi.

Observation n° 22

Le jeune BOUTEL. Ahmed,adolescent âgé de 16 ans,originaire de Hadjout est hospitalisé en février 1971 pour des lésions cutanées généralisées et surinfectées,apparues une semaine plus tôt.

L'éruption est faite de bulles de taille variable,groupées en ilôts,à contenu tantôt clair,tantôt séro-hémorragique,reposant sur un halo érythémateux. Quelques placards croutelleux cicatriciels.

L'éruption aurait débuté au niveau des membres et se serait étendue progressivement. La face est respectée,de même que les muqueuses. L'état général n'est pas altéré.

Examens biologiques : vitesse de sédimentation : 21/60; G.B. 5800/mm3 (Eosino.: 7 p.100).

Traitement : outre les soins locaux (bains de solution de permanganate et application de pommade à la terramycine),auréomycine (3 g/j) pendant 10 jours : aucune amélioration.

Administration pendant 2 mois et 7 jours,en association, d'auréomycine (3 g/j) et de triamcinolone (15 mg/j, puis 30 mg/j, puis 50 mg/j,puis à nouveau 40 mg/j et 30 mg/j) : au bout d'un mois et demi, asséchement des lésions bulleuses et reprise de l'état général.

Observation n° 23

SI AH. Ramdane,adolescent âgé de 17 ans,résidant à Tizi-Renif, est hospitalisé pour la première fois en mai 1968.

1ère hospitalisation :

Eruption polymorphe évoluant depuis 5 mois. Placards érythémateux irréguliers sur lesquels reposent des bulles de la taille d'un pois. Quelques bulles siègent en peau saine; localisation principale des lésions sur les membres supérieurs, les mains étant respectées, les jambes, le thorax. Présence de quelques bulles sur la face. Les muqueuses sont intactes. Signe de Nicolsky négatif. Prurit pré-éruptif. Etat général bien conservé.

Examens biologiques : vitesse de sédimentation : 23/50; hématocrite : 24 p. 100; G.B. 8400/mm3 (Eosino. : 3 p.100).

Analyse des protides sériques : protidémie : 74 g/l; rapport A/G légèrement augmenté : 1,58; protidogramme : normal. A.I.E. : image normale.

Examen histo-pathologique : " présence de deux bulles mitoyennes remarquables, soulevant en bloc l'épiderme, de forme ovoïde, avec un contenu séreux, renfermant en bordure, au contact du derme, d'assez nombreux polynucléaires éosinophiles. Aspect de Dühring-Brocq ".

Traitement : outre les soins locaux, dagénan (3 g/j, puis 3,50 g/j pendant un mois et demi) : amélioration, asséchement des bulles, mais un mois et demi plus tard, sous action médicamenteuse, éclosion de rares bulles.

Terramycine (1,50 g/j pendant 15 jours) : après une certaine amélioration, reprise de la formation de bulles peu nombreuse.

Administration en association, pendant 2 mois et demi de triamcinolone (à doses décroissantes de 24 mg/j à 15 mg/j) et de Terramycine (1,50 g/j) : après 12 jours, disparition des bulles qui se maintient pendant deux mois et 10 jours.

2ème hospitalisation :

Le malade est hospitalisé à nouveau,en octobre 1968,soit un mois et demi après l'exeat,à l'occasion d'une nouvelle poussée survenue trois jours après l'interruption des corticoïdes qu'il avait continué de prendre régulièrement au domicile de ses parents.

Eruption de bulles localisée aux bras et avant-bras. Aucune lésion par ailleurs,notamment dans les secteurs qui avaient été intéressés lors de la première poussée.

Traitement : outre les soins locaux,pendant 3 mois,administration conjugée de triamcinolone (à doses décroissantes de 16 à 8 mg/j) et de dagénan (à doses décroissantes de 2,5 g/j à 0,50 g/j) : rétrocession des lésions, dans leur ensemble,mais éclosion de quelques bulles sur les bras et avant-bras au 2ème mois du traitement, éclosion sans suite ultérieure.

Observation n° 24

Mademoiselle MAH. Louisa,âgée de 19 ans,domiciliée à Alger, est hospitalisée en février 1966,pour des lésions cutanées apparues six ans plus tôt,et procédant depuis à poussées successives,multiples. Lésions étendues représentées par des placards érythémateux sur lesquels sont disposées de petites bulles claires. Signe de Nicolsky négatif. Prurit modéré. Bon état général.

Examens biologiques :vitesse de sédimentation : 49/83; hématocrite 33 p. 100; G.B. 9400/mm3 (Eosino- : 2 p.100).

Examen histo-pathologique : " image typique de dermatite de Dühring-Brocq, avec des bulles sous-épidermiques à pointes latérales effilées,soulevant

en bloc le corps muqueux de Malpighi,à contenu séro-fibrineux avec quelques polynucléaires éosinophiles. La couche cornée subit une hyperkératose lamellaire. Le derme est oedèmateux; il est le siège d'un infiltrat inflammatoire très dense autours des annexes et des vaisseaux. Ces derniers ont leur paroi turgescente par suite d'un processus inflammatoire endothéliforme ".

Traitement : outre les soins locaus (application de solution aqueuse de bleu de méthylène), terramycine (1,50 g/j),pendant 15 jours.

Observation n° 25

TADJ. Omar,jeune homme âgé de 20 ans,originaire de Tablat,est hospitalisé en janvier 1960,pour éruption papulo-bulleuse apparue 8 jours plus tôt.

Eruption faite d'une part de bulles assez volumineuses reposant sur une zone érythémateuse,d'autre part de papules de couleur violine entourées d'un liséré rouge plus clair,donnant un aspect en cocarde. Cette éruption s'est très rapidement généralisée,maisles mains et les pieds sont respectés. Malade amaigri en état général médiocre. Anémie clinique discrète. Température oscillant entre 37° et 38°.

Examens biologiques : vitesse de sédimentation : 52/100; G.B. 17.000/mm3 (Eosino. : 6 p.100).

Examen histo-pathologique : " bulle : sous-épidermique,sans nécrose du plafond,contenant une sérosité,des polynucléaires et des lymphocytes. Le plancher est formé d'un derme peu oedèmateux avec un infiltrat lymphohistiocytaire péri-vasculaire. En conclusion,Dühring-Brocq.

Papule : à noter l'absence de nécrose épidermique,mais présence de plusieurs vésicules creusées dans le corps muqueux à différents étages,mais plutôt vers la superficie. Contenu lymphocytaire et polynucléaire. Il existe de la spongiose autour des cavités,mais celle-ci est relativement peu marquée.

Cyto-diagnostic : liquide de bulle : éosinophilie très marquée. Plancher de bulle : absence de cellules ségrégées du type pemphigus.

Traitement : outre les soins locaux,sultirène (0,500 g/j,pendant 50 jours): amélioration dès le 8ème jour; au moment de l'exeat,état parfait du tégument.

Observation n° 26

MOST.. Messad,dame âgée de 23 ans,originaire de Fort National, mère de quatre enfants,actuellement enceinte de 5 mois,est hospitalisée en février 1968 pour dermatose herpétiforme.

Présence de nombreuses aires érythémateuses,bordées de fines vésicules. Quelques éléments sont surinfectés. Prurit intense. Les lésions sont très étendues sur le tégument : face,paumes,plantes et cuir chevelu sont seuls exceptés. Un premier accident de même type est survenu 15 mois plus tôt,au 5ème mois de la 4ème grossesse. Mais en réalité, il y aurait déjà eu des manifestations semblables au 8ème mois de la 2ème grossesse.

Examens biologiques : vitesse de sédimentation : 86/116; hématocrite : 34 p.100; G.B. 11.000/mm3 (Eosino.: 11 p. 100). Germes isolés du liquide des vésicules : staphylocoques dorés à coagulase positive.

Examen histo-pathologique : " absence de bulles sur ce prélèvement. L'épiderme est hyperacanthosique avec spongiose marquée sans vésiculation. Infiltrat inflammatoire dermo-papillaire d'allure subaiguë. Aspect d'eczéma subaigu ".

Traitement : outre les soins locaux (bains de solution de permanganate de potasse, applications de solution aqueuse de violet de gentiane et de crème à base d'auréomycine-hydrocortisone), terramycine (1 g/j) : au 10ème jour, importante amélioration. Mais reprise 12 jours plus tard, bien que la médication soit continuée.

Nivaquine (0,30 g/j), rovamycine (1,250 g/j) et terramycine intra-musculaire (0,200 g/j) pendant 1 mois : assèchement très lent des lésions.

2ème hospitalisation

Reprise des lésions cutanées en septembre 1970, soit 17 mois plus tard, Aucune poussée dans l'entretemps. Aspect de dermite érosive impétiginisée sur les membres.

Traitement : outre les soins locaux (bains de solution de permanganate de potasse et applications de solution aqueuse de violet de gentiane à 0,25 p. 100), sultirène (0,500 g/j, pendant 18jours) : assèchement rapide des lésions, sans reprise.

Observation n°27

BOUS. Lakhdar, jeune homme âgé de 24 ans, originaire de Mansourah, est hospitalisé en octobre 1969, 40 jours environ après l'apparition de plaques rougeâtres, fortement prurigineuses, sur les mains et

les avant-bras, sur lesquels se sont disposés de petites vésicules à liquide clair.

Eléments érythémateux, de 1 à 2 cm, à pourtour régulier, semés de vésicules à contenu clair qui se rompent facilement, disposés en tous secteurs du tégument; Etat général altéré; asthénie massive; température normale.

Examens biologiques : vitesse de sédimentation : 23/52; hématocrite : 41 p. 100; G.B. 13.400/mm3 (Eosino. : 2 p. 100).

Analyse des protides sériques :

Protidémie : 76,50 gr., Forte dysprotidémie; forte hypoalbuminémie (30,89 g/l); A/G 0,67; fort excès des alpha 1 et alpha 2; fort excès des gamma (22,6 g/l).

A.I.E. : cet examen montre : un très fort accroissement de l'haptoglobine; un très fort accroissement de l'Ig G qui se manifeste par un arc double d'aspect " paraproteïnique ", les autres immuno-globulines étant normales.

Examen histo-pathologique : " on observe un décollement bulleux sous-épidermique avec une intégrité complète du couvercle malpighien. De plus, il existe des capillarités importantes. Aspect de Dühring-Brocq. "

Traitement : outre les soins locaux , dagénan (3 g/j, pendant 1 mois) : action insuffisante.

Dagénan (2 g/j, puis à nouveau 3 g/j) et triamcinolone (12 mg/j) pendant trois semaines : persistance des poussées; asthénie massive; état général précaire.

Une amélioration se marque après 5 mois de traitements variés, sous lesquels sont apparues de multiples poussées de bulles après administration de cortancyl (de 30 à 25 mg/j) et de sanclomycine (3g/j).

Observation n° 28

Madame ID. Saliha,âgée de 25 ans,originaire de Tizi-Ouzou, est hospitalisée en juillet 1959. Accouchement 10 jours plus tôt. Le lendemain apparition d'une éruption d'abord sur l'abdomen,s'étendant par la suite.

Eruption polymorphe,disséminée à l'ensemble du corps,faite de vastes placards érythémateux,souvent polycycliques,et de bulles de la taille d'un pois,claires,tendues. Prurit précédent l'éruption. Signe de Nicolsky négatif. Les muqueuses sont indemnes. L'état général est bien conservé.

Examens biologiques : vitesse de sédimentation : 19/63; hématocrite : 40 p. 100; G.B. : 9400/mm3 (Eosino. : 3 p.100).

Traitement : pendant deux semaines,triamcinolone (16 mg/j,puis 12 mg/j), et propiocine (1,50 g/j). Rétrocession de toute lésion et état cutané parfait.

Observation n° 29

Madame KHE. Zohra,âgée de 26 ans,originaire d'Adekar,est hospitalisée en octobre 1968.

Début de la maladie 15 jours plus tôt,marqué par l'apparition des bulles claires,disséminées sur le front,la nuque,le cou,les aisselles,les genoux,la face interne des cuisses,reposant sur des taches érythémateuses polycycliques. Signe de Nicolsky négatif. Prurit pénible.

Examens biologiques : vitesse de sédimentation : 30/73; G.B. : 6400/mm3 (Eosino. : 8 p.100).

Cyto-diagnostic : " Frottis paucicellulaire et mal fixé. Les quelques éléments épithéliaux perceptibles présentent un cytoplasme assez vaste, sans signe d'hyperbasophilie. Ceci plaide en faveur d'un Dühring-Brocq".

Traitement : outre les soins locaux (applications de violet de gentiane en solution aqueuse à 0,25 p. 100 et de pommade à la terramycine), terramycine (1,50 g/j) pendant 10 jours.

La malade,à ce moment,rejoint son foyer contre avis médical: début d'assèchement des lésions.

Observation n° 30

Madame FERN. Fatma,âgée de 26 ans,mariée,mère de 3 enfants, originaire de la Chiffa est hospitalisée en mai 1968.

Un an plus tôt,apparition de prurit et de douleurs cutanées, puis de placards érythémateux circinés parsemés de vésicules claires. Les muqueuses sont indemnes. Signe de Nicolsky négatif. Les lésions sont localisées à la face antérieure des cuisses,au mollet gauche,aux fesses. Température oscillant entre 37° et 37°8.

Examens biologiques : vitesse de sédimentation : 4/9; hématocrite : 34 p. 100; G.B. : 7800/mm3 (Eosino. : 1 p. 100).

Examen histo-pathologique : " volumineuse bulle sous-épidermique. Son placard est représenté par le revêtement épidermique en entier, son plancher par la partie superficielle du derme. Au niveau de l'épi-

derme,ni acantholyse ni nécrose épithéliale. Le derme est le siège d'un infiltrat inflammatoire d'importance modérée. Le contenu de cette bulle est constitué par une sérosité et quelques polynucléaires. Une telle image peut s'observer au cours de la maladie de Dühring-Brocq ".

Traitement : outre les soins locaux (bains de solution de permanganate de potasse,application de violet de gentiane en solution aqueuse à 0,25 p. 100 et de pommade à base de terramycine -hydrocortisone) sultirène (0,500 g/j) pendant 1 mois : au 15ème jour,disparition des bulles; début d'éffacement des placards érythémateux.

Réapparition de quelques vésicules aux points déjà intéressés. Nivaquine (0,30 g/j) pendant 1 mois,puis reprise de sultirène pendant 15 jours (2,50 g/j,puis 2 g/j).

A la fin de ce traitement,la malade rejoint son foyer : absence de toute formation bulleuse.

Observation n° 31

Madame ELKH. Aïcha,âgée de 27 ans,mariée,originaire de Bou-Saada,est hospitalisée en février 1968.

Le début de la maladie remonterait à 5 ans :

1ère manifestation : 2 jours après le premier accouchement,prurit, puis apparition de placards érythémateux plus ou moins vastes,à bords irréguliers,parsemés de vésicules et de bulles claires,fermes.

2ème manifestation : 4 jours après le quatrième accouchement,apparition en de nombreux endroitsde placards érythémateux,puis bulleux.

La malade est vue 26 jours plus tard : sur la face,le tronc, les bras et avant-bras,les cuisses et jambes,placards érythémateux de tailles variées,légèrement prurigineux,semés en bordure de vésicules qui s'excorient aisèment . Les muqueuses sont indemnes. Signe de Nicolsky négatif. Prurit léger. Température s'élevant jusqu'à 38° pendant les premiers jours.

A l'occasion des deux grossesses intermédiaires aucune manifestation cutanée.

A l'examen somatique, insuffisance aortique associée à une insuffisance mitrale.

Examens biologiques : Vitesse de sédimentation : 71/110 ; hématocrite : 34% ; G.B. : 6.200 /mm3 (Eosino : 13%). Albuminémie : 1,60 g%°.

Cytodiagnostic : La présence de cellules épithéliales d'apparence normale avec quelques polynucléaires éosinophiles est en faveur d'un Dühring - Brocq.

Traitement : Outre les soins locaux, après quelques jours où la terramycine est administrée, Sultiréne (0,600 g par jour), pendant 15 jours : il ne subsiste de l'état antécédant qu'un léger prurit. Cette rétrocession s'est maintenue pendant les 15 jours suivants, qui ont précédé le départ de la malade.

Observation n° 32 :

Madame Laï. Zohra, agé de 28 ans, originaire de Miliana, est hospitalisée en Mai 1953.

Quatre mois plutôt, apparition d'une éruption érythémateuse, bulleuse et prurigineuse d'abord localisée à l'abdomen, mais qui se généralise trés rapidement. La maladie progresse par poussées successives, les éléments bulleux, laissant échapper une sérosité claire, puis se dés-séchant, tandis que de nouvelles bulles apparaissent. Etat général médiocre.

Par ailleurs la malade présente une paraplégie spasmodique.

Examens biologiques : G.B. : 8.400 /mm3 ; (Eosino : 8%).

Cyto-diagnostic : Polynucléaires altérés ; pas d'éléments cellulaires monstrueux.

Examen histo-pathologique : "Il s'agit d'une bulle profonde, sous-épidermique. Le toit est constitué par l'ensemble de l'épiderme décollé, le plancher par le derme mis à nu et ayant conservé le dessin papillaire. Le contenu est fait de sérosité, dans laquelle baignent d'abondants polynucléaires neutrophiles. Il n'a pas été vu d'éosinophiles, la zone papillaire est congestive avec un infiltrat inflammatoire lympho-histio-cytaire au-dessous de la bulle.

En définitive, l'histologie confirme le diagnostic clinique de maladie de Duhring - Brocq" .

Traitement : Outre le traitement local, Auréomycine (1,50 g/j) : amélioration trés rapide, puis nouvelle poussée. Terramycine (1,50 g/j) pendant 20 jours : rétrocession des lésions, mis - à - part la persistance d'un placard érythémato-vésiculo - croûteux.

Reprise 10 jours après l'arrêt de la médication.

Dagénan (2 g/j) pendant 1 mois : persistance de poussées bulleuses.

Auréomycine (2 g/j) pendant 1 mois : persistance d'un placard abdominal.

Sous Erythromycine (1 g/j) , apparition d'un purpura des membres inférieurs sur les éléments duquel se forment quelques bulles.

En définitive, après 17 mois de traitement au cours duquel ont été utilisés, outre les médicaments précédemment cités Nivaquine, Streptomycine, Cortisone, Flabelline, Tifomycine, Salicylate de soude, de nouvelles poussées de bulles s'établissent.

Entretemps même, la malade a dû être opérée d'un abcés des deux fosses Lombo-iliaques postérieures.

Observation n° 33 : M. OUCH. Abderrahmane, homme agé de 29 ans, originaire du Djurdjura, est hospitalisé en Septembre 1956 avec des lésions bulleuses des mains et des pieds et une stomatite.

Grosses bulles ovalaires de 2 cm à 2,5 cm de longueur siégant sur les paumes et le dos des pieds : bulles assez flasques, au toît formé par un épiderme assez épais, au contenu louche, entourées d'une légère couronne érythémateuse. Prurit intense. L'éruption actuelle s'est manifestée une semaine plus tôt.

Lésions buccales, intéressant les deux lévres et la muqueuse jugale, recouvertes d'un épais enduit blanchâtre. Ces lésions sont survenues 3 jours plus tôt. Ces accidents représentent la 7 ème poussée de la maladie depuis 3 ans.

Traitement : Vitaminothérapie ; injections intra-veineuses d'une préparation à base de calcium.

En 1 mois, liquidation des lésions bulleuses avec cicatrisation de leur lit; persistance d'un léger prurit sans localisation fixe. Les lésions des lévres et de la bouche sont totalement effacées.

2 ème hospitalisation : En Juillet 1957

Poussée intense, intéressant les mains, les avant - bras, les lévres, les faces jugales. Grosses bulles dont certaines sont passées à l'état de grosses pustules et dont toutes les autres se sont ouvertes, donnant des lésions profondément et largement ulcérées.

Traitement : Outre les soins locaux (applications de solution alcoolique d'éosine et de pommade à base de néomycine), Nivaquine (1,80 g/j) et Auréomycine (1 g/j) : au quinzième jour , toutes les lésions cicatrisé.

3 ème hospitalisation : En Juillet 1959.

Reprise depuis 1 mois, sous forme de vésiculations discrétes sur les 2 mains (5 à 6 vésicules).

Reprise, comme les autres années, au mois de Juin , mais moins importante.

Examens biologiques : G.B. : 6000 /mm3 (Eosino : 5%)

Traitement : Nivaquine (1,80 g/j , pendant 18 jours) et Mucéomycine (1 g/j , pendant 11 jours) : exeat 15 jours après le début du traitement avec un état cutané parfait.

Observation n° 34 : Madame A.Z. Ouhechia , agée de 30 ans, mére de 4 enfants, originaire de Sétif, est hospitalisée en Mai 1970, pour dermatose bulleuse.

Le début de la maladie remonte à 1 mois, le lendemain de son dernier accouchement. Apparition, d'abord aux cou - de - pieds et, ensuite sur les 4 membres, de plages érythémateuses, puis éclosion de bulles claires. Le prurit a précédé l'éruption. Les muqueuses ne sont pas atteintes.

Examens biologiques : Vitesse de sédimentation 44/95 ; Hématocrite : 41 % ; G.B. 20.000 /mm3 (Eosino : 23%).

Examen histo-pathologique : " Le prélèvement a intéressé un fragment de revêtement cutané présentant :
- des formations bulleuses intra-épidermiques profondes, avec signe d'acantholyse.

- Ces bulles forment des cavités tapissées par la basale et, une ou deux couches de cellules malpighiennes.

On observe un infiltrat dense, riche en éosinophiles au niveau du derme. Cet aspect hystologique plaiderait plus en faveur du pemphigus vulgaire ".

Traitement : Parallélement aux soins locaux, administration de Pyostacine (1,5 g/j pendant 1 mois) : sans résultat positif.

Le Sultiréne, à la dose de 0,500 g/j pendant 20 jours, donne un blanchiment total.

Observation nº 35 : Madame EZ. OUmhani , agée de 30 ans, mariée, mére de 7 enfants, originaire de Djelfa est hospitalisée en Juillet 1969, à la suite d'accidents cutanés apparus 20 jours plus tôt.

L'ensemble du tégument est sémé de bulles claires, tendues. Prurit pénible. Signe de Nikolsky négatif. Pas d'atteinte des muqueuses. La malade est très amaigrie.

Examens bilogiques : Vitesse de sédimentation : 105/115 ; Hématocrite : 31 % ; G.B. : 10.000/mm3 (Eosino : 8%) ;
Examen parasitologique des selles : kystes de Lamblia ; nombreuses levures.

Examen histo-pathologique : "Le prélèvement cutané est le siége d'une bulle sous - épidermique, dont le toit est constitué par l'épiderme tout entier. Cette bulle est trés tendue par une érosité qui contient quelques polynucléaires éosinophiles. On ne remarque pas d'acantholyse. Il s'agit d'une maladie de Duhring - Brocq".

Traitement : Outre les soins locaux (bains de solution de permanganate de potasse), Triamcinolone (24 mg puis, 20 mg par jour, pendant 1 mois) et Rovamycine (1,5 g/j , pendant 1 mois) : persistance de la formation de bulles.

La dose de Triamcinolone est élevée à nouveau à 24 mg par jour, celle de Rovamycine est maintenue, et on ajoute a ce traitement Pyostacine (1,5 g/j) : au 15 ème jour , aucune nouvelle bulle ne s'est formée.

Ce traitement est poursuivi pendant encore 2 mois et demi : aucune nouvelle lésion cutanée.

Observation n° 36

Monsieur BENH. Ali,âgé de 31 ans,domicilé à Belcuort,est hospitalisé en septembre 1971.

La première manifestation remonte à un mois,avec fièvre puis éruption faite de nappes érythémateuses sur lesquelles éclosent des bulles tendues généralement de 1 à 2 cm de diamètre,à contenu clair. Les Lésions atteignent l'ensemble du corps à l'exeeption de la face,du cuir chevelu,des mains et des pieds. Les muqueuses sont indemnes. Le prurit est modéré. Le signe de Nicolsky est négatif. L'état général est bien conservé.

Examens biologiques : vitesse de sédimentation : 78/95; G.B. : 5800/mm3 (Eosino. : 15 p. 100).

Examen histo-pathologique : " le fragment examiné ne montre pas de volumineuses bulles,mais un épithélium épaissi présentant de petites bulles remplies de sérosité ou d'éléments cellulaires. Le derme est envahi d'infiltrats inflammatoires. L'image peut évoquer un eczéma ou une eczématide. ".

Traitement : outre les soins locaux, administration de dagénan (2 g/j) pendant 13 jours. Cependant nous ne notons aucune régression des lésions. Triamcinolone (24 mg/j), puis la posologie est abaissée jusqu'à 8 mg/j. Blanchiment totalau bout d'un mois.

Observation n° 37

Madame MA.. Zohra, âgée de 35 ans, mère de 8 enfants, originaire d'Orléansville est hospitalisée en novembre 1965.

Au 3ème mois de chaque grossesse apparaît une éruption de type vésiculaire. La localisation est aux membres inférieurs, abdomen et thorax. Disparition 15 jours après l'accouchement.

Examens biologiques : vitesse de sédimentation : 120/135; hématrocrite 28,5 p. 100; G.B. 7600/mm3 (Eosino. : 21 p. 100); albuminurie : 4g/1000; urée sanguine : 1,3 g/1000.

Examen histo-pathologique : " existence d'une bulle arrondie sous-épidermique, uniloculaire, au toit intact, sans acantholyse. Le plancher dermique est le siège d'une importante réaction inflammatoire à cellules lymphocytaires, plasmocytaires et surtout à polynucléaires. Dans le derme moyen et profond, ces infiltrats adoptent volontiers une disposition péri-vasculaire. Le contenu de la bulle est particulièrement abondant du fait de l'exosérose importante; des tractus fibreux reliant entre-elles les parois de la bulle, emprisonnent dans leur mailles de nombreuses cellules sanguines éosinophiles. Par ailleurs, au niveau des papilles dermiques, nous ne notons pas d'ébauche de procéssus cellulaire pouvant révéler une tendance herpétiforme de la lésion initiale. En définitive, image histologique caractéristique de la dermatite de D'Ühring-Brocq".

Traitement : parallèlement aux soins locaux,pénicilline-colimycine (1 million par jour) durant la période d'hospitalisation. La malade sort avec un bon état cutané.

Observation n°38

Madame BOU. Malika,âgée de 36 ans,mère de plusieurs enfants, est hospitalisée en janvier 1967.

Le début de la maladie remonte à deux mois,alors qu'elle était enceinte de 8 mois,par de petits placards érythémateux,prurigineux,au niveau de l'abdomen et des flancs. Au troisième jour de l'accouchement, apparition de placards rouges sur les avant-bras avec bulles claires, puis dissémination sur d'autres régions du corps. Le prurit est intense.

Examens biologiques :vitesse de sédimentation : 75/110; hématocrite : 33 p. 100; G.B. 13.600/mm3 (Eosino. : 13 p. 100).

Germes isolés du liquide de bulle : staphylocoque doré à coagulase positive.

Examen histo-pathologique :" la présence de cellules épithéliales hypertrophiées,sans dégénérescence ballonisante,ainsi que de nombreux polynucléaires et éosinophiles,est en faveur d'un Dühring-Brocq. "

Traitement : outre les soins locaux,administration de dagénan (3 g/j) qui donne de bons résultats au bout d'une semaine.

Observation n° 39

Madame ZA. Yamina,âgée de 37 ans,enceinte de 8 mois,originaire de Sétif,est hospitalisée de juillet à novembre 1968.

Le début remonte à quatre ans avec prurit pré-éruptif puis taches érythémateuses. La présence des bulles se trouve aussi bien sur peau saine que sur placards érythémateux. Existence de croûtes cicatricielles. Le signe de Nicolsky est négatif.Le siège des lésions se situe au tronc,membres,mais les muqueuses sont indemnes. L'évolution se fait depuis quatre ans avec de légères rémissions. Nous remarquons une aggravation lors des grossesses.

Examens biologiques : vitesse de sédimentation : 140/142; hématocrite: 24 p. 100; G.B. : 7200/mm3 (Eosino. : 1 p. 100); B.W. positif.

Examen histo-pathologique : n'apprend rien.

Traitement : outre les soins locaux de désinfection (bains de permanganate de potasse et applications de violet de gentiane aqueux),terramycine : 0,5 g/j, et triamcinolone 16 mg/j pendant 3 mois.

Evolution : stabilisation; sort sur sa demande.

Observation n° 40

Madame CHA. Malha,âgée de 39 ans,originaire de Tizi-Ouzou, est hospitalisée en octobre 1969.

Le début remonte à une dizaine de jours,plus précisément deux jours avant son accouchement. Au niveau du nombril et de la jambe gauche,apparition d'un prurit avec érythème. Température,malaise.

Peu à peu,apparitionde lésions,de petites vésicules claires,essentiellement autour des plaques érythémateuses. Extension du processus à tout le corps.

Examens biologiques : vitesse de sédimentation : 80/103; hématocrite : 37 p.100; G.B. : 20.400/mm3 (Eosino. : 2 p. 100); Protidémie : 61,50g/l.

Aspect immuno-électrophorétique : forte hypoalbuminémie à 29 g/l; grande augmentation de l'haptoglobuline,faiblesse de la bêta 1 C, accroissement discret des Ig. M et Ig A.

Examen histo-pathologique : " décollement sous-épidermique de type Dühring-Brocq,avec de nombreux éosinophiles."

Traitement : parallèlement aux soins locaux (bains de permanganate de potasse et applications de violet de gentiane àqueux),administration de cortancyl (25 mg/j),de mycostatine (1.000.000 U) et de sultirène (0,500 g/j). La dose de cortancylest diminuée progressivement jusqu'à 10 mg/j en fin d'hospitalisation. Le malade sort stabilisé sur le plan cutané.

Observation n° 41

Monsieur BEN M. Boudjemaa,âgé de 41 ans,originaire d'El-Aksar, est hospitalisé d'octobre 1959 à juin 1960,pour eczéma vésiculo-suintant extrêmement étalé,apparu pour la première fois sur le dos des avant-bras,puis secondairement étendu. Lésions intenses,plus particulièrement sur le dos des doigts,des mainset des avant-bras.

En plus il existe des zones de desquamation disséminées sur le reste du corps. Prurit insupportable,presque constant.

Rien à retenir de l'examen somatique chez un homme en bonne forme, sauf une pointe de râte et une anémie clinique.

Examen biologique : G.B. : 11.000/mm3 (Eosino. : 1%); germes isolés du liquide de vésicules : staphylocoques.

Examen histo-pathologique :

N° 1 : le prélèvement ne montre que des lésions de lichénification,avec une assez forte surinfection. Pas de bulle sur la parcelle.

N° 2 : épiderme : hyperkératose. Hyperacanthose. Augmentation de la couche granuleuse.

Derme : congestion avec infiltrat histiocytaire.
Conclusion : lichénification.

Traitement : outre les soins locaux,procalmadiol (600 mg/j, et cortrophine 40 Ui/j; au bout de 2 mois de traitement,assèchement des lésions et réduction importante de la desquamation. Cependant,apparition de lésions de pyodermite au sommet des épaules. On remplace la corticothérapie par la cathomycine (2 g/j) pendant 6 jours; arrêt de 10 jours et ainsi de suite durant 4 mois : disparition des lésions de pyodermite mais apparition d'une stomatite constituée de vésicules sur la muqueuse du voile du palais entraînant des douleurs et une dysphagie.

Administration de pénicilline (1.000.000 par jour et de Mycostatine en badigeonnage : le malade sort en excellent état.

2ème hospitalisation : en juin 1961.

Depuis 18 jours environ,placards érythémateux et bulles surinfectées de dimension variable. Ces lésions sont disposées en médaillons plus ou moins jointifs sur le dos des mains,les avant-bras, les bras,la région génitale,les cuisses,et les jambes. Le prurit est intense.

Examens biologiques : G.B. : 6700/mm3 (Eosino. : 4 p. 100).
Germes isolés du liquide de bulle: staphylocoque.

Examen histo-pathologique : " il confirme le diagnostic clinique : bulle sous-épidermique avec plafond conservé,tout à fait caractéristique de la maladie de Dühring-Brocs ".

Traitement : parallèlement aux soins locaux,administration de nivaquine (0,90 g/j) et d'auréomycine (2 g/j) : exeat 15 jours après le début du traitement. Etat cutané parfait.

3ème hospitalisation : d'août 1962 à janvier 1963.

Le malade revient pour une poussée de bulles situées sur tout le corps,en particulier aux membres inférieurs.

Traitement : en plus des soins locaux,dagénan (3 g/j) : deux mois après, assèchement des lésions; il ne subsiste sur le tégument qu'un semis de croutelles sur les membres inférieurs et supérieurs.

4ème hospitalisation : de juin 1963 à mars 1964.

En pleine poussée,depuis 14 jours. Le patient est allé se baigner dans une rivière et,"dès qu'il est sorti " , éruption bulleuse sur les membres,la paroi abdominale et le dos.

Traitement : outre les soins locaux de stérilisation, administration de dégénan (3 g/j) : le tégument se néttoie en deux mois, mais persistance sur l'arrière palais d'un semis d'exulcérations. Douleurs à la déglutition. L'addition de mycostatine (dragées et badigeonnages), n'amène pas d'amélioration des lésions palatines.

Evolution : à la sortie en mars 1964, le tégument est parfait. Il persiste sur le voile du palais des éléments pultacés en confetti, douloureux à la déglutition des aliments.

Observation n° 42

Madame CUR. Joséphine, âgée de 43 ans, originaire d'Oran, est hospitalisée en décembre 1954 pour affection bulleuse généralisée.

Le début de la maladie remonte à un mois environ, marqué par de petites vésicules aux deux chevilles et aux poignets, très prurigineuses. Une semaine plus tard, apparition de lésions du même type sur les cuisses, extrêmement prurigineuses engendrant de l'insomnie. La malade consulte un médecin en ville qui lui prescrit du violet de gentiane localement, et des injections de bipénicilline. Cette thérapeutique entraîne rapidement une généralisation de l'éruption bulleuse accompagnée d'un syndrome infectieux (température à 39°7. Frissons. Asthénie).

La patiente signale qu'elle est servante de salle au sanatorium de Beni-Messous et, qu'elle manipule la bipénicilline et la streptomycine.

Examens biologiques : G.B. : 16000/mm3 (Eosino. : 16 p. 100).
Germes isolés sur le liquide de bulle : staphylocoque doré.

Cyto-diagnostic : liquide de bulle : éosinophilie intense. Plancher : type de Dühring-Brocq.

Examen histo-pathologique : " bulle sous-épidermique,le toit est constitué par tout l'épiderme décollé,le plancher par le corps papillaire. Il contient un infiltrat assez polymorphe,riche en polynucléaires. Le contenu de la bulle est pauvre en cellules,mais on met en évidence de nombreux polynucléaires,certains,éosinophiles.
En définitive image typique de Dühring-Brocq ".

Traitement : à coté des soins locaux ; hydrocortisone (150 mg/j) pendant un mois : échec. Auréomycine (1 g/j) et nivaquine (0,90 g/j) durant deux mois et demi : nette amélioration à la sortie.

Observation n° 43

Madame OM. Fatima,âgée de 44 ans,originaire de Setif,est hospitalisée pour éruption récidivante à chaque grossesse,en septembre 1963.

En effet,la dermatose a débuté il y a douze ans. Elle apparaît à chaque grossesse et disparaît un mois après l'accouchement. Cependant,depuis le dernier accouchement (il y a huit mois),la maladie continue d'évoluer. L'éruption est généralisée,surtout au niveau des membres, du thorax et du cou. Le prurit est intense. La malade est amaigrie.

Examens biologiques : vitesse de sédimentation : 96/125; hématocrite : 30 p. 100; G.B. : 8400/mm3 (Eosino. : 30 p. 100).

Cyto-diagnostic : les lésions sont purulentes. Pas de cellules malignes. De nombreux polynucléaires,des hématies. Groupe Malpighien : classe I.

Traitement : à côté des soins locaux,administration de terramycine (1,5 g/j) pendant 10 jours. La malade sort en excellent état cutané.

2ème hospitalisation : deux ans après.

Elle reçoit de la terramycine (2 g/j) et de la triamcinolone (28 mg/j) pendant une semaine. La dose de corticoïdes est diminuée par paliers jusqu'à arriver à 8 mg/j.

Elle sort totalement nettoyée au bout de trois semaines d'hospitalisation.

Observation n° 44

Monsieur IZ. Mohamed,âgé de 46 ans,originaire de Setif est admis en juin 1970.

L'examen,à l'entrée,montre une éruption essentiellement bulleuse. Les bulles sont de la taille d'un pois,tendues,certaines purulentes,siégeant pour la plupart sur une base érythémateuse,quelques-unes en peau saine. Bulles et éléments érythémateux adoptent une position en placards ovalaires ou en images circinées. Les lésions siégent symétriquement aux membres inférieurs et supérieurs. Le tronc est respecté.Sur la face,présence de quelques érosions post-bulleuses de petite dimension. Les muqueuses sont respectées. Le signe de Nicol-

sky est négatif. Le prurit est apparu un jour avant l'éruption bulleuse. L'affection évolue depuis 18 mois,par poussées. L'état général est bien conservé.

A noter : la présence d'adénopathies touchant de façon symétrique,de multiples aires ganglionnaires : inguinales,axillaires, sous-claviculaires. Il existe une cicatrice d'intervention chirurgicale à l'hypochondre gauche (splénectomie en 1964,après accident de la route).

Examens biologiques : vitesse de sédimentation : 6/27; Hématocrite 44 p. 100; G.B. 21600/$_{mm3}$ (Eosino. : 3 p. 100).

- sérum : protidémie de 74,5 g/l. Hypoalbuminémie : 31 g/l. Léger excès d'alpha 2 (7,20 g/l). Fort excès de gamma : 23,90 g/l.

Aspect immuno-électrophorétique : nette accroissement de l'haptoglobuline. Augmentation des trois classes d'immuno-globulines , paraissant surtout importantes pour l'Ig G.

- Liquide de bulles : taux de protides : l'échantillon est trop petit pour être dosé,mais doit être voisin de celui du sérum.

E.C. : courbe superposable à celle du sérum avec toutefois un pic plus important des bêta 2.

A.I.E. : les images du liquide et du sérum sont très voisines mais, on observe dans le liquide de bulles une quantité bien plus importante pour les Ig M.

Traitement : parallèlement aux soins locaux,dagénan (3 g/j) : le malade sort au bout d'un mois avec un bon état cutané.

2ème hospitalisation en février 1972 : le malade a poursuivi son traitement très irrégulièrement. A l'examen, on observe quelques vésicules sur la verge, mais aucune autre lésion sur le reste du corps. L'état général est bien conservé. Les adénopathies existent toujours. Selon le patient, elles augmentent lors des poussées éruptives.

Traitement : reprise des soins locaux avec administration de dagénan (3 g/j). Un mois plus tard, le malade rejoint son foyer : absence de toute formation bulleuse.

Observation n° 45

Monsieur PRE. Casimir, âgé de 46 ans, est hospitalisé en mai 1966.

18 mois plus tôt apparition aux coudes, de bulles en peau saine, puis, extension aux membres supérieurs et inférieurs. A l'entrée il présente quelques bulles flétries en peau saine et des lésions érythémato-squameuses et croûteuses, secondaires à l'éruption des bulles. Absence de phénomènes subjectifs précédant l'éclosion des bulles. Les muqueuses sont indemnes. Le signe de Nicolsky est négatif.

Examens biologiques : vitesse de sédimentation : 30/60; hématocrite 35 p. 100; G.B. 6600/mm3 (Eosino. : 12 p. 100).

Examen histo-pathologique : " bulle sous-épidermique, à contours élliptiques, respectant l'intégrité du corps muqueux, à contenu séro-fibrineux-avec de nombreux polynucléaires éosinophiles. Image d'un Dühring-Brocq ".

Traitement : les soins locaux se résument à un simple étalement de talc boraté. L'administration de sultirène (2,50 g/j) pendant une semaine entraîne un assèchement total des lésions.

Observation nº 46

Monsieur BO... Mebarek,âgé de 49 ans,originaire de Tablat, est hospitalisé en octobre 1960 pour éruption prurigineuse.

Le début semble remonter à deux mois avec l'apparition de bulles très prurigineuses qui laissent couler une sérosité claire. Ces lésions changent d'aspect et deviennent croûteuses. L'atteinte prédomine aux bras,cou,face,et cuir chevelu.

Examens biologiques : vitesse de sédimentation : 37/77; G.B. 10560/mm 3 (Eosino- 3%).

Examen histo-pathologique : " bulle sous épidermique,sans nécrose du toit malpighien. Nombreux polynucléaires. Dühring-Brocq ".

Traitement : outre les soins locaux,administration d'auréomycine (2 g/j) pendant 10 jours,début d'effacement des lésions cutanées. Réapparition de quelques vésicules. Dagénan (3 g/j) durant 15 jours : l'état des téguments reste stationnaire. Triamcinolone (24 mg/j) : nette amélioration au bout de 10 jours. Diminution progressive de la posologie jusqu'à 8 mg/j. Le malade sort blanchi.

2ème hospitalisation : en juin 1961. Eruptions aux mêmes localisations.

Traitement : en plus des soins locaux,sultirène (0,500 g/j) pendant 15 jours : il ne subsiste de l'état antécédent que quelques petites bulles. A la fin du traitement,le malade rejoint son foyer,totalement nettoyé.

Observation n° 47

YDOU. Ounissa,dame âgée de 50 ans,originaire de Hassasen, est hospitalisée en décembre 1958.

Le début de la maladie remonte à 3 semaines environ,par un érythème en plaques et bientôt une apparition des phlyctènes. Cette éruption est localisée aux membres inférieurs. Le prurit est discret.

Examens biologiques : G.B. 5840mm/3 (Eosino. : 1%).

Cyto-diagnostic : liquide bulle : présence de nombreux polynucléaires éosinophiles (80%).

Plancher de bulle : frottis assez pauvre en éléments. Absence d'image d'acantholyse.

Examen histo-pathologique : " Image d'un Dühring-Brocq typique."

Traitement : outre les soins locaux,la maladie répond favorablement à l'administration de sanclomycine (1 g/j).

Observation n° 48

Monsieur NA.. Mohamed,âgé de 52 ans,originaire de Tablat, est entré dans le service en mars 1957,pour lésions érythémato-bulleuses situées sur la jambe et le gland.

A l'entrée : les placards érythémateux sont surmontés de bulles à contenu purulent. Le prurit est important.

Examens biologiques : germes isolés : staphylocoque doré.

Examen histo-pathologique : " petite bulle dont le plafond est constitué par l'ensemble de l'épiderme soulevé et, dont le plancher est représenté par le corps papillaire : Dühring-Brocq ".

Traitement : parallèlement aux soins locaux, pénicilline 1.000.000/j et streptomycine 1g/j pendant 18 jours. Persistance de la formation de bulles. L'hydrocortancyl (30 mg/j) amène une nette amélioration de l'état cutané.

Observation n° 49

Madame AB. Ouargou, âgée de 52 ans, domiciliée à Cheragas, est adressée en décembre 1954, de l'hôpital Beni-Messous pour dermatite bulleuse.

Début des troubles, un mois auparavant, avec apparition de bulles très prurigineuses. Extension rapide des lésions. Il existe de petites vésicules sur la pointe de la langue.

Examens biologiques : G.B. 12400/mm3 (Eosino. : 3%).

Cyto-diagnostic : mise en évidence de polynucléaires neutrophiles 30%, éosinophiles 4%, cellules macrophages 6%. Absence de cellules du type pemphigus.
Culture du liquide de bulle : staphylocoque blanc.

Examen histo-pathologique : " bulle sous épidermique contenant de nombreux polynucléaires. Image de Dühring-Brocq ".

Traitement : outre les soins locaux,hydrocortisone (0,10 g/j, et érythromycine 2,5 g/j): aucune amélioration. On administre alors nivaquine (0,30 g/j) et auréomycine (1 g/j) : régression nette des lésions cutanées. Il n'existe plus aucune formation bulleuse au bout d'un mois.

Observation n° 50

Monsieur HE. Lakhdar,âgé de 53 ans,originaire de Constantine est admis en novembre 1953 à l'hôpital,pour dermatose bulleuse généralisée.

A l'entrée on note de petites vésicules donnant à la peau une sensation de peau cloutée; des vésicules crevées par le grattage; des bulles de diamètres différents. Au niveau de la lèvre inférieure présence d'une bulle à toit blanchâtre.

Par ailleurs il s'agit d'un syphilitique connu depuis 30 ans,avec sérologie positive.

Examens biologiques : G.B.5750/mm3 (Eosino. : 4%). B.W. +++

Examen histo-pathologique : " la parcelle remise montre une bulle sous épidermique dont le plafond est rectiligne. L'image histologique renforce le diagnostic de dermatite de Dühring-Brocq ".

Traitement : auréomycine(1,5g/j) pendant 4 jours,puis 1 gr/j. Au bout de 12 jours,guérison totale.

2ème hospitalisation : 4 mois plus tard.

Présence de bulles sur tout le corps.

Traitement : outre les soins locaux,novarsénol : 0,15 g/j le premier jour,0,30 g/j le troisième jour,0,45 g/j le sixième jour. Assèchement total.

Observation n° 51

Madame FA. Zineb,âgée de 54 ans,originaire du Titteri est entrée en janvier 1971 pour éruption polymorphe.

Les lésions sont disséminées sur tout le corps. Le signe de Nicolsky est négatif. Le début de l'affection remonterait à deux mois.

Examens biologiques : V.S. : 55/97; Hte : 39%; G.B. 9800/mm3 (Eosino.: 8%). Protidémie : 65 g/l; hypoalbuminémie : 28,2 g/l.

A.I.E. : cet examen exprime un signe inflammatoire par l'augmentation de l'haptoglobuline et une augmentation des immuno-globulines, (surtout Ig G).

Examen histo-pathologique : " grosse bulle de siège sous épidermique, ayant pour plafond l'épiderme entier avec sa basale et,pour plancher le derme. Image typique d'un Dühring-Brocq ".

Traitement : aux soins locaux sont associés pendant 15 jours : auréomycine (1g/j) et nivaquine (0,60 g/j). On note une légère régression des lésions cutanées. Sous sultirène (0,50 g/j,pendant trois semaines)on assiste à l'apparition de nombreuses bulles . Le dagénan (3 g/j) est arrêté au troisième jour (vomissements). Triamcinolone (16 mg/j): régression totale des lésions. Le traitement est poursuivi pendant deux mois : la patiente sort complétement guérie.

Observation n° 52

NO. Boutrig,âgé de 55 ans,originaire de Ain-Bessem,est hospitalisé en 1956.

Début de la maladie,un mois plus tôt marqué par un prurit intense aux membres supérieurs et inférieurs,puis quelques jours après,apparition de petites bulles. A l'entrée très nette polymorphisme des lésions. Le signe de Nicolsky est négatif.

Examens biologiques : G.B. 11.200 par mm/3 (Eosino: 2%)
Isolement de staphylocoques à partir du liquide de bulle.

Cyto-diagnostic : éosinophilie très intense.

Examen histo-pathologique : " la bulle est sous épidermique. Congestion du derme. Aspect histologique évocateur d'un Dühring-Brocq ".

Traitement : outre les soins locaux,on administre cortancyl (40 mg/j) : amélioration. Mais au 30ème jour,apparition de nombreuses bulles et de prurit. Le traitement est poursuivi pendant 2 mois. Disparition complète des lésions cutanées.

2ème hospitalisation : 2 mois après la sortie,reprise du processus.

Traitement : parallèlement aux soins locaux,cortancyl (50 mg/j) et érythromycine (1,20 g/j): très nette amélioration au 20ème jour.

Observation n° 53

Madame AOU. Chabha,âgée de 55 ans,originaire de la Grande Kabylie,est admise dans le service en octobre 1970.

Le début remonte à 4 mois,par de petits placards rougeâtres et prurigineux,au niveau de la jambe gauche,puis apparition en bordure,de petites vésicules. Peu à peu extension des lésions. Le signe de Nicolsky est négatif. L'état général est bon.

Examens biologiques : V.S. : 17/33; G.B. : 14.600/mm3 (Eosino : 12%)

Examen histo-pathologique : la biopsie n'a pas été pratiquée

Traitement : Hexacycline (1 g/j) pendant 15 jours puis sultirène (0,75g/j) pendant une semaine. Guérison complète à la sortie.

2ème hospitalisation : en juillet 1971 avec le même aspect clinique.

Examens biologiques : V.S. : 100/117; G.B. : 9200/mm3 (Eosino : 15%).

Traitement : outre les soins locaux,administration de sanclomycine (1 g/j) et de cortancyl (10 mg/j). Rétrocession des lésions cutanées dès le 3ème jour du traitement et disparition de celles-ci à la sortie.

Observation n° 54

Monsieur LA. Mohamed,âgé de 56 ans,domicilié à Bou-Arfa,est admis dans le service en mai 1964 pour dermatose bulleuse.

Il s'agit de bulles polycycliques de taille moyenne qui envahissent tout le corps. On observe des bulles intra-buccales. Le signe de Nicolsky est négatif. L'état général n'est pas atteint mais,signalons qu'il s'agit d'un bronchitique chronique.

Examens biologiques : V.S. : 95/110; Hte 35%; G.B. 15200/mm3 (Eosino: 8%).

Examen histo-pathologique : " Image typique d'un Dühring-Brocq ".

Traitement : outre les soins locaux, dagénan (1,5 g/j) pendant 1 mois : échec . Terramycine (1 g/j) et triamcinolone (24 mg/j) . Stabilisation au bout d'une année de traitement.

2ème hospitalisation : octobre 1965. Reprise évolutive à la suite de l'arrêt des soins. Pendant 3 mois, le malade est sous triamcinolone (20 mg/j).

3ème hospitalisation : janvier 1966.
Rechute malgré la poursuite du traitement.

A l'entrée on note des ulcérations et des éléments croûteux disséminés sur tout le corps. L'amaigrissement est intense avec fonte musculaire généralisée.

Traitement : Durabolin (1 amp/injectable/semaine) et cortancyl (30 mg/j) pendant 1 mois. Puis, diminution progressive.

Reprise du poids et état cutané très amélioré à la sortie.

Observation n° 55

Madame RA. Oumelkheir, âgée de 56 ans, mère d'un enfant, originaire du Titteri, est hospitalisée de décembre 1970 à janvier 1971.

La maladie a débuté il y a trois semaines par un prurit, un érythème, puis une éclosion de bulles claires, tendues. Le signe de Nicolsky est négatif.

Examens biologiques : V.S. : 98/113; Hte : 35,5%; G.B. : 9400/mm3 (Eosino : 3 p. 100).

Examen histo-pathologique : " le revêtement cutané est le siège d'une volumineuse bulle sous épidermique. Le derme sous-jacent est infiltré d'éléments inflammatoires polymorphes. Il s'agit bien de la maladie de Dühring-Brocq.

Traitement : à côté des soins locaux,administration de sultirène (0,5 g/j) pendant 20 jours. Le traitement aboutit à l'assèchement total des bulles.

Observation n° 56

Monsieur BES. Omar,âgé de 58 ans,originaire de Fort National, est admis dans le service en novembre 1955 pour dermatite polymorphe. A l'entrée présence d'éléments éruptifs d'aspects bulleux,localisés aux jambes et au tronc. Etat général du malade est bien conservé.

Examens biologiques : G.B. : 19000/mm3 (Eosino : 1%)

Traitement : tétracycline (1,5 g/j) pendant douze jours : échec. Cortancyl (30 mg/j) en doses d'attaque,puis diminution progressive. Guérison au bout d'un an.

2ème hospitalisation mars 1956 :

Administration de cortancyl (40 mg/j) pendant 10 jours : échec. Nivaquine (0,90 g/j) et auréomycine (1 g/j) pendant 10 jours.: aucune amélioration. Dagénan (2 g/j) pendant un mois : blanchiment total. Le malade sort sur sa demande.

3ème hospitalisation décembre 1956 :

Cortancyl (40 mg/j) et auréomycine (1 g/j) : guérison des lésions cutanées.

Intervention chirurgicale : hernie inguino-scrotale. Rechute immédiate après l'intervention. Il est remis sous cortancyl (40 mg/j) et auréomycine (1 g/j) : régression en 15 jours.

Observation n° 57

Monsieur SE. Benazouz,âgé de 59 ans,originaire de Ouled-Djellal, est hospitalisé en mars 1970.

Première poussée il y a sept ans au niveau du visage. La deuxième poussée,actuelle,date d'une semaine.Il s'agit de larges tâches érythémateuses,surmontées de petites bulles. Le signe de Nicolsky est négatif. Le prurit précéde l'éclosion des bulles.

Examens biologiques : V.S. : 37/87; Hte : 44%; G.B. 13000/mm3 (Eosino : 2 %).

Traitement : outre les soins locaux,dagénan (3 g/j) pendant 20 jours. Le malade est sorti en avril de la même année,contre avis médical.

Observation n° 58

Madame CH. Khadidja,âgée de 60 ans,originaire de Fedj-Mzala, est admise à l'hôpital de constantine en janvier 1953,pour éruption généralisée évoluant par poussées successives depuis un an. Il s'agit de vésicules reposant sur des plages érythémateuses.

Examens biologiques : G.B. 15750/mm3 (Eosino : 43 %); V.S. 17/49.

Examen histo-pathologique : " image d'un Dühring-Brocq typique ".

Traitement : cures de pénicilline (1M/j) plus streptomycine (1 g/j) pendant un mois puis,auréomycine (1,5 g/j) pendant 15 jours et ainsi de suite durant quatre mois et demi.

Evolution : la malade est sortie mais n'est plus revenue comme prévu.

Observation n° 59

Monsieur DR. Saïd,âgé de 60 ans,originaire du douar Aïn el Turc,est admis dans le service en octobre 1953,pour dermatose bulleuse. Les muqueuses sont atteintes. Le prurit est modéré.

Examens biologiques : V.S. 83/94; Hte : 42 %; G.B. 12200/mm3 (Eosino : 7%).

Examen histo-pathologique : l'image histologique plaide en faveur du diagnostic de la maladie de Dühring-Brocq.

Traitement : outre les soins locaux, sultirène pendant 40 jours : aucun effet. Triamcinolone (32 mg/j) comme dose d'attaque puis,posologie dégressive. Blanchiment total au bout de trois mois.

2ème hospitalisation : 1 mois après sa sortie .

Le patient est mis sous triamcinolone (20 mg/j) : la guérison est rapide.

Observation n° 60

Madame FAU. Berthe,âgée de 60 ans,originaire de Blida,est admise dans le service en mai 1960 pour dermatose érythémato-bulleuse.

Le début remonte à un an environ. La malade qui portait habituellement une gaine caoutchoutée a ressenti au niveau de la taille des démangeaisons,puis apparition de placards érythémateux, et de bulles. L'état général est caractérisé par une asthénie intense. Par ailleurs,signalons que notre patiente se fait depuis fort longtemps des teintures capillaires avec toujours le même produit.

Examens biologiques : G.B. : 5200/mm3 (Eosino : 4%).
Les germes isolés du liquide de bulle sont des staphylocoques dorés.

Examen histo-pathologique : " il confirme le diagnostic de la maladie de Dühring-Brocq ".

Traitement : outre les soins locaux,terramycine et cortancyl (30 mg/j) pendant 10 jours ; dégression lente de la corticothérapie. Arrêt total du traitement un mois et demi plus tard. La malade sort en juin 1960 complétement blanchie.

2ème hospitalisation : pour purpura ecchymotiques en octobre 1960.

La patiente est mise sous triamcinolone (24 mg/j) pendant une semaine.

Les examens biologiques montrent un déficit plaquettaire. Elle sort une semaine plus tard contre avis médical.

Observation n° 61

Monsieur GU. Ali Ahmed,âgé de 60 ans,originaire de Fondouk, est hospitalisé en mai 1967 pour éruption bulleuse évoluant depuis un mois. Il s'agit de larges bulles phlycténulaires,le plus souvent en peau saine et,formant par coalescence de larges plages. Les muqueuses sont altérées. Le signe de Nicolsky est négatif.

Examens biologiques : V.S. 97/118; G.B. 13000/mm3 (Eosino : 9 %).

Examen histo-pathologique : épiderme soulevé en bloc,sans processus acantholytique. Aspect de Dühring-Brocq .

Observation n° 63

Monsieur DJ. Mohand,âgé de 64 ans,originaire de Aoukas,est hospitalisé en janvier 1971 pour éruption de vésicules à liquide trouble, atteignant tout le corps.

Examens biologiques : V.S. : 86/112 ; Hte : 38 % ; G.B. 6400/mm3 (Eosino : 0 %).

Examen histo-pathologique : il met en évidence une bulle présentant les caractéristiques de la maladie de Dühring-Brocq .

Traitement : outre les soins locaux de désinfection,flabelline (1 g matin et soir) et cortancyl (30 mg/j) pendant 15 jours. La dose de cortancyl est augmentée à 40 mg/j pendant 5 jours,puis abaissée à 30 mg/j. En fin d'hospitalisation ,le malade prenait 15 mg/j.
Evolution : rétrocession totale des lésions cutanées.

Observation n° 64

Monsieur Ben. Mustapha,âgé de 65 ans,domicilié à Belcourt, est hospitalisé en avril 1968.

L'éruption aurait été déclenchée 15 jours auparavant par le sultirène, le malade étant traité en pneumophtisiologie (opacité pulmonaire du lobe inférieur droit).

Examens biologiques : V.S. 42/90; Hte : 41 % ; G.B. 20400/mm3 (Eosino: 16 %).

Examen histo-pathologique : aspect plaidant en faveur d'un Dühring-Brocq.

Traitement : outre les soins locaux, administration en un premier temps de dagénan (3 g/j) pendant 6 jours : aucune rétrocession des lésions.

Dans un deuxième temps le malade est mis sous triamcinolone (20 mg/j) et terramycine (1 g/j) pendant 8 jours. La dose de triamcinolone est abaissée par paliers.

Evolution : amélioration sur le plan cutané.

Cependant il est évacué en chirurgie thoracique (septembre 1968), où il subit une lobectomie supérieure droite. Le résultat de la biopsie pulmonaire montre un carcinome épidermoïde bien différencié. Après un post opératoire quasi-normal, le malade à l'occasion d'une mobilisation a fait une embolie pulmonaire brutale qui a entraîné le décès.

Observation n° 65

Madame BE. Djedjiga, âgée de 68 ans, originaire de Tazmalt, est hospitalisée de septembre à octobre 1970 pour des lésions érosives groupées en bouquets et cerclées par un bourrelet érythémateux. La cavité buccale est atteinte. Le prurit est intense.

Examens biologiques : V.S. 95/110 ; Hte 32 % ; G.B. 14600/mm3 (Eosino : 2 %).

Traitement : outre les soins locaux, rovamycine (1,5 mg/j) et mycostatine (1 M.U/j) pendant 35 jours : amélioration nette dès le 15ème jour.

La malade sort contre avis médical.

Observation n° 66

Monsieur JA. Jean,âgé de 68 ans,originaire de l'Arbaa,est hospitalisé en août 1955.

Début de la maladie un mois plus tôt avec apparition de volumineuses bulles à la racine des membres. Le prurit est modéré. Le signe de Nicolsky est positif. Présence d'ulcères de jambes bilatéraux, datant de 5 ans.

Examens biologiques : G.B. 18.000 /mm3 (Eosino : 11 %)

Examen histo-pathologique : bulle sous épidermique typique de la maladie de Dühring-Brocq.

Traitement : outre les soins locaux,bipénicilline (1 M) et dagénan (2 g/j) pendant 21 jours : ce traitement n'arrête pas la formation de bulles nouvelles. Auréomycine (1 g/j) et nivaquine (0,50 g/j) : nette amélioration de l'état cutané. Rechute au bout de 18 jours. Administration de cortancyl (25 mg/j) durant 48 jours ; interruption du traitement car,apparition d'un oedème important. Nouvelle adaptation du traitement avec : auréomycine (1 g/j) et nivaquine (0,40 g/j) : blanchiment total.

Observation n° 67

Monsieur AB. El hadj, âgé de 69 ans,originaire d'Oran,est hospitalisé en décembre 1971.

A l'entrée : grosses bulles type pemphigus associées à de petites bulles type herpétiforme. L'éruption est disséminée sur tout le corps sauf au visage. L'évolution dure depuis 2 mois avec un prurit et une sensation de brûlure. Pas de signe de Nicolsky. Bon état général.

Examens biologiques : Hte : 43 %; G.B. 9000/mm3 (Eosino : 7 %).

Examen histo-pathologique : " le prélèvement est le siège d'une volumineuse bulle sous épidermique limitée en haut par l'épiderme,en bas par le derme,contenant un réseau fibrineux et des polynucléaires. Il n'existe pas d'acantholyse. L'image est celle d'un Dühring-Brocq ".

Traitement : Outre les soins locaux,administration d'auréomycine (1,5 g/j) et triamcinolone (20 mg/j) durant deux mois : arrêt des poussées bulleuses et diminution du prurit. Mais persistance d'une pigmentation séquellaire.

Observation n° 68

Madame BOU. Fatma,âgée de 70 ans,originaire d'El - Milia,est adressée à l'hôpital de Constantine en 1959 pour dermatose apparue il y a 10 jours.

A l'entrée : vastes placards ulcérés au niveau des paumes des mains,de la face postérieure des cuisses; petits lisérés hyperpigmentés autour des placards. Sur la face antérieure de la jambe droite,présence de deux bulles indépendantes,grosses comme un grain de raisin,flasques, à liquide trouble. Le signe de Nicolsky est négatif. Le reste du tégument est d'allure normal.

L'examen somatique révèle quelques râles au niveau des deux bases pulmonaires.

Examens biologiques : G.B. 9600/mm3

Examen histo-pathologique : " les lésions bulleuses sont complétement passées à la purulence,ce qui ne permet aucune interprétation valable. On observe un derme congestif contenant un infiltrat inflammatoire périvasculaire. On superficie une nappe de pus - l'épithélium n'est plus visible ".

Traitement : outre les soins locaux (violet de gentiane et pâte à l'eau Ichtyolée),administration de cortancyl (25 mg/j) pendant 5 jours puis, diminution de la dose à 20 mg/j durant le reste de l'hospitalisation. Après un mois de traitement,cicatrisation complète des lésions,mais amorce sur les régions trochanteriennes d'escarres de décubitus.

Observation n° 69

Madame FA. Daadoua,âgée de 70 ans,originaire de Aïn-Mlila, est adressée à l'hôpital de Constantine en 1955 pour éruption bulleuse évoluant depuis un mois et demi. Les poignets ont été les premiers atteints,puis évolution par poussées successives. Simultanément,atteinte progressive de l'état général et prurit de plus en plus intense.

A l'entrée,éruption bulleuse généralisée à tout le tégument; cependant la face est respectée. Les éléments sont de taille très variable (d'une petite perle à une noix). Par ailleurs : la malade est très asthéniée et son état général est médiocre.

Examen histo-pathologique:" bulle sous épidermique typique de Dühring-Brocq. A noter la particulière richesse en polynucléaires éosinophiles du contenu de la bulle et du plancher dermique ".

Traitement : outre les soins locaux,administration de pénicilline (1 M. U/j),de streptomycine (1 g/j) et de quinacrine (0,30 g/j). Blanchiment cutané après douze jours; la malade sort à la demande de sa famille.

Observation n° 70

Monsieur BA. Mohamed,âgé de 71 ans,originaire de Ighil Amokrane est hospitalisé en octobre 1964 pour lésions bulleuses infectées évoluant depuis 4 mois.

Bulles purulentes reposant sur une base érythémato-squameuse, et siégeant aux plis de flexion. Le signe de Nicolsky est négatif. Les muqueuses sont respectées. Bon état général.

Examens biologiques : V.S. : 29/59 ; Hte : 43 % ; G.B. 12800/mm3 (Eosino : 8%).

Examen histo-pathologique : " le prélèvement remis,porte sur une bulle cutanée entièrement sous épidermique; de ce fait le diagnostic de pemphigus paraît devoir être écarté. Le toit de la bulle est intact; pas d'acantholyse. Le plancher dermique est richement infiltré d'éléments réactionnels,notamment de polynucléaires. Pas d'éosinophilie notable . Oedème. Le contenu de la bulle est entièrement semé d'éléments réactionnels. Le derme en profondeur est sans réaction notable ".

Traitement : outre les soins locaux, hexacycline (750 mg/j) et triamcinolone (24 mg/j) pendant 17 jours. La dose de triamcinolone est portée à 16 mg/j,pendant 13 jours; à 8 mg/j pendant 19 jours; puis à 2 mg/j pour les quinze jours suivants. Apparition de nouvelles microbulles,ce qui entraîne une modification du traitement : sultirène (0,250 g/j) et hydrocortancyl (20 mg/j) pendant 1 mois. Puis,diminution lente.

L'assèchement total des bulles est obtenu après six mois de soins. Le malade sort guéri.

Observation n° 71

Monsieur RE. Achille, âgé de 71 ans, est évacué de l'hospice de Douéra en septembre 1955, pour éruption érythémateuse et bulleuse des deux membres inférieurs.

Début au mois de mai 1955. Le malade est vacciné (?) au bras gauche. 7 jours après, apparition d'une petite pustule puis d'une croûte qui tombe. De petites vésicules se forment tout autour de cette première lésion et, plus tard, quelques vésicules apparaissent au niveau de la face interne de la jambe gauche. L'éruption s'est, par la suite, généralisée aux deux membres inférieurs.

A l'entrée on observe de nombreuses vésicules groupées en amas et entourées d'une zone érythémateuse, très prurigineuse. Les zones cicatrisées apparaissent très pigmentées. Au bras gauche (à l'endroit de la vaccination), présence d'un ou deux éléments cicatrisés. Sur l'avant bras gauche : quelques vésicules de diamètre réduit. Toutes ces lésions sont très prurigineuses.

Examens biologiques : Eosinophilie sanguine : 15 %.

Cyto-diagnostic : absence d'acantholyse et de cellules à noyaux monstrueux. Pas de germes.

Examen histo-pathologique : " bulle sous épidermique comme on voit dans la maladie de Dühring-Brocq ".

Traitement : outre les soins locaux, cortancyl (30 mg/j). Après quelques poussées évolutives, le malade sort totalement blanchi.

Observation n° 72

Madame AIT S. Yamina, âgée de 71 ans, est hospitalisée de janvier à avril 1967. La maladie a débuté un mois plus tôt par des placards rougeâtres et prurigineux puis, formation de bulles.

A l'entrée, grosses bulles claires et hémorragiques disséminées sur tout le corps, ainsi que de larges placards érosifs post-bulleux. Il existe des nappes érythémateuses foncées. Par ailleurs, on note de larges étendues de peau saine. Le signe de Nicolsky est positif. Présence d'éléments érosifs sur le palais.

Examens biologiques : V.S. : 24/50; Htc : 40 %; G.B. 8800/mm3 (Eosino 21%)

Liquide de bulle : staphylocoque doré.
Antibiogramme : sensibilité à la novobiocine.

Examen mycologique de la cavité buccale : nombreux filaments mycéliens de type Monilia.

Examen histo-pathologique : " au niveau de ce prélèvement cutané on note la présence d'une bulle sous-épidermique décollant franchement l'épiderme qui apparait sensiblement normal, en particulier pas d'acantholyse. Les bords de cette bulle sont aigus. Son fond repose directement sur le derme sans aucun élément de la couche basale. Cette bulle contient un liquide séreux relativement riche en leucocytes. Le derme sous-jacent est de siège d'un infiltrat inflammatoire à topographie péri-vasculaire. L'aspect est compatible avec le diagnostic clinique de Dühring-Brocq."

Traitement : outre les soins locaux, terramycine (500 mg/j), mycostatine (2 M. U/j) et cortancyl (50 mg/j) pendant un mois. La dose de cortancyl est abaissée par paliers, jusqu'à 5 mg/j à la fin de l'hospitalisation.

Evolution : importante amélioration,mais apparition de temps à autre de rares bulles éparses.

Observation n° 73

Monsieur AM. Mohamed,âgé de 72 ans,originaire de Koléa,est hospitalisé en janvier 1966.

Bulles de petite taille (1 cm), certaines en peau saine,mais la majorité reposant sur une plaque érythémateuse,dont l'apparition remonte à deux mois. Ces lésions prédominent aux membres et au tronc. La face et les muqueuses sont respectées. Le prurit a précédé l'éclosion des bulles.

Examens biologiques : Hte : 34 % ; G.B. 6200/mm3 (Eosino: 2 %)

Examen histo-pathologique : " bulles sous épidermiques soulevant en bloc, un épiderme sensiblement normal. Absence d'acantholyse. Les bulles renferment un contenu séreux parcouru par des nombreux tractus fibreux, emprisonnant de nombreux polynucléaires éosinophiles. Le derme sous-jacent, oedémateux,est le siège d'un important infiltrat inflammatoire particulièrement dense autour des vaisseaux.

Cet aspect évoque la maladie de Dühring-Brocq."

Traitement : dans un premier temps : dagénan (3 cp/j) qui doit être abandonné du fait d'une aggravation des lésions,et d'oedème aux membres inférieurs.

Secondairement : sanclomycine (1 g/j) et triamcinolone (24 mg/j). La dose de triamcinolone décline en paliers,jusqu'à atteindre 8 mg/j deux mois plus tard.

Evolution : persistance de quelques plaques cicatricielles et apparition de kystes épidermiques.

Observation n° 74

Monsieur BOU.Mossaoud,âgé de 76 ans,domicilié à Djidjeli, est hospitalisé en janvier 1961 pour dermatose bulleuse.

Au mois de septembre dernier,apparition sur le flanc droit de formations bulleuses peu nombreuses,de petite dimension. Aucun incident général,simplement une impression de légère " faiblesse ". Ces bulles se sont essaimées lentement et,au bout de trois mois,ont revetu une dimension plus importante,laissant après excoriation,des ulcérations sur le dos et les membres inférieurs. Aucune sensation de prurit ou d'ardeur locale.

L'examen à l'entrée révèle :

- une juxtaposition de petites bulles sur la face,les membres, et le tronc.

- Des ulcérations assez vastes sur le dos,les cuisses, et la partie haute des jambes.

- Des ulcérations cicatrisées.

Il n'y a rien sur les muqueuses buccales. Le signe de Nicolsky est très fortement positif. Rien à retenir à l'examen somatique.

Examens biologiques : G.B. 10.000/mm3 (Eosino : 0%)

Examen histo-pathologique : " l'aspect histologique est celui d'un pemphigoïde bulleux : la bulle est sous épidermique et contient de nombreux polynucléaires neutrophiles. Dans le derme sous-jacent il y a un remarquable infiltrat inflammatoire composé de polynucléaires neutrophiles, éosinophiles,lymphocytes et histiocytes ".

Traitement : outre les soins locaux de désinfection,administration dans un premier temps d'hexacycline (1 g/j) durant trois mois. Cependant ce traitement n'a fait que stabiliser la maladie.

D'ou,secondairement : cortancyl (30 mg/j). La dose de ce corticoïde est abaissée par paliers jusqu'à 10 mg/j,à la fin de l'hospitalisation.

Evolution : importante amélioration,mais persistance de quelques croûtes sur les jambes.

Observation n° 75

Madame AI. Megdouda,âgée de 79 ans,originaire de Tazmalt,est entrée en septembre 1970 pour éruption de bulles claires sur placards érythémateux,localisées aux membres et évoluant depuis deux mois. Le prurit a précédé l'éruption. Les muqueuses ne sont pas atteintes. L'état général est bon.

Examens biologiques : V.S. : 117/122; Hte : 31 %; G.B. 10.000/mm3 (Eosino : 13 %)

Examen histo-pathologique : " on observe au niveau du revêtement une bulle sous épidermique contenant une sérosité éosinophile ainsi que de nombreux polynucléaires neutrophiles. L'épiderme avoisinant est le siège d'une exosérose et d'une exocytose importante. Cet ensemble est en faveur d'un Dühring-Brocq ".

Traitement : outre les soins locaux,terramycine (1 g/j) pendant 21 jours : pas d'effet. Le malade est mis alors soussultirène (0,5 g/j) : cicatrisation au bout de 15 jours.

Observation n° 76

Monsieur OU. Larbi,âgé de 79 ans,originaire d'Oued-Amizour, est hospitalisé de juillet 1967 à mai 1968.

Début,six mois auparavant par une éruption bulleuse. Les bulles sont de taille moyenne (1 à 2 cm de diamètre),sur peau saine; d'autres sont bordées par une aréole inflammatoire. Prédominence aux membres supérieurs et inférieurs; le visage,le tronc,sont relativement épargnés. Absence de signe de Nicolsky. Sensation de prurit précédant l'éruption. Les muqueuses sont respectées. L'état général est bien conservé.

Examens biologiques : V.S. : 80/105 ; Hte 37% ; G.B. 10400/mm3 (Eosino : 2 %).

Examen histo-pathologique : " la bulle a été malheureusement rompue. Néanmoins sa présence est révélée par l'existence au-dessus du derme d'une exosérose massive avec de nombreux polynucléaires éosinophiles, soulevant en bloc l'épiderme sous-jacent. Image très en faveur de la maladie de Dühring-Brocq ".

Traitement : outre les soins locaux,sanclomycine (1,5 g/j) et triamcinolone (32 mg/j). La posologie du corticoïde est abaissée jusqu'à atteindre 12 mg/j. Le malade sort avec un bon état cutané; prescription de corticoïdes.

Observation n° 77

Madame BEL. Halima,âgée de 81 ans,originaire du Djurdjura,est hospitalisée en février 1969.

L'affection évolue depuis 2 à 3 ans,par poussées. Cette dernière remonte à deux mois. Il s'agit d'une éruption de vésicules de

différentes tailles,isolées ou groupées mais reposant toutes sur une base érythémateuse.

Les localisations essentielles se situent sur le tronc. Les cuisses,les jambes,les cou-de-pied sont également atteints. Les paumes et les plantes sont épargnées de même que le dos. Les muqueuses buccales sont touchées (palais et joues). Il n'y a pas de signe de Nicolsky. La malade accuse de fortes douleurs à type de cuisson. Par ailleurs, l'état général est bien conservé.

Examens biologiques : V.S. : 60/103 ; G.B. 7800/mm3 (Eosino : 4 %).

Examen histo-pathologique : " présence d'une bulle sous épidermique à contenu séro-fibrineux très infiltré de polynucléaires éosinophiles. Aspect caractéristique d'un Dühring-Brocq ".

Traitement : outre les soins locaux,(violet de gentiane aqueux à 0,25%, talc et bains de bouche permanganatés),administration de terramycine et de sultirène (0,5 g/j) durant 55 jours. La persistance des lésions, entraine la substitution des deux premiers médicaments par l'auréomycine (1,5 g/j) et la nivaquine (0,30 g/j).
Evolution : amélioration rapide de l'état cutané. Seules persistent des exulcérations de la cavité buccale.

Observation n° 78

Monsieur GA. Ali,âgé de 82 ans,domicilié à Alger,est hospitalisé en juillet 1970.

A l'examen,éruption polymorphe,principalement bulleuse,disséminée aux membres (racine surtout),au tronc et au cou. La face est respectée. Bulles de la taille d'un pois,arrondies ou ovalaires,tendues, certaines surinfectées à contenu purulent. Ces bulles siègent parfois en peau saine mais,la plupart sur une base érythémateuse.

Ces tâches érythémateuses sont disposées irrégulièrement mais, parfois, elles réalisent des images circinées. Par ailleurs, croûtes de formes arrondies post-bulleuses. Le prurit précéde l'éruption. Les muqueuses sont indemnes. Le signe de Nicolsky est négatif.

Examens biologiques : V.S. : 42/83 ; Hte : 44%; G.B. 5400/mm3 (Eosino : 2%); protidémie : 73,50 g/l.

A.E. : La courbe montre une augmentation des alpha 2 : 8,80 g/l. Le taux des gamma étant normal, contrairement à ceux qu'on observe habituellement dans la maladie de Dühring-Brocq.

A. I. E. : Les images confirment le résultat obtenu ci-dessus : la seule modification apparente est une nette augmentation de l'haptoglobuline. Les trois immuno-globulines paraissent normal : alors que jusqu'ici on observait une forte augmentation des Ig G dans cette maladie.

Examen histo-pathologique : confirme le diagnostic de la maladie de Dühring-Brocq.

Traitement : outre les soins locaux, administration de dagénan (2 g/j) pendant 10 jours : aucune amélioration de l'état cutané.
La triamcinolone (28 mg/j pendant 21 jours) amène une rétrocession des lésions. Arrêt de la corticothérapie après trois mois de traitement. Guérison à la sortie.

Observation n° 79

Monsieur AOU. Mohamed, âgé de 83 ans, domicilié à Alger, est hospitalisé en janvier 1962, pour éruption constituée de placards érythémateux et de grosses bulles en peau saine, évoluant depuis 3 mois.

Les bulles sont de taille variable et contiennent un liquide séreux. Elles envahissent les avant-bras et les jambes. L'état général est assez mauvais. Le malade est amaigri.

Examens biologiques : Hte 36,5 % ; G.B. 8000/mm3 (Eosino : 9%)

Cyto-diagnostic : frottis pauvre en éléments cellulaires. Absence de cellules acantholysées. Pas de signe de pemphigus.

Traitement : outre les soins locaux(violet de gentiane et hexomédine alcoolique),sultirène (0,5 g/j) pendant une semaine. Ce traitement ne suspend pas la formation de bulles. Relais par le cortancyl (20 mg/j) . Rétrocession des lésions cutanées,mais apparition de nouvelles bulles au bout de 15 jours. On remplace le cortancyl par le Décadron (20 mg/j). Après deux mois de traitement,assèchement total des lésions.

2ème hospitalisation en octobre 1962

Examen histo-pathologique : " identifie une bulle sous épidermique,décollant totalement l'épiderme et contenant des leucocytes. Le derme à ce niveau est infiltré par des éléments inflammatoires assez abondants périvasculaires. L'aspect histologique s'accorde avec le diagnostic de Dühring-Brocq ".

Traitement : Sultirène (0,5g/j) : aggravation.

Sultirène et triamcinolone (24 mg/j) : amélioration progressive des lésions jusqu'à l'assèchement.

3ème hospitalisation en février 1963 .

Après une chute : luxation de l'épaule; réduction de celle-ci. Décés immédiatement après son retour au pavillon de garde.

Observation n° 80

CHE. Ahmed, âgé de 84 ans, domicilié à Alger, est admis au service en juin 1960.

Le début des lésions remonterait à six mois; il est marqué par l'apparition de bulles qui s'étendent à l'ensemble du corps et se romp ent. Parallèlement l'état général s'altére : amaigrissement et fièvre.

A l'entrée on n'observe plus aucune bulle, mais des croûtes et des ulcérations cicatricielles. Absence de prurit.

Examens biologiques : V.S. 74/110; G.B. 10.000/mm3 (Eosinc : 8%)
Germes isolés à partir du liquide de bulle: staphylocoque doré.

Cyto-diagnostic : sur les lésions bulleuses. Absence de cellules acantholysées du type pemphigus. A noter la présence d'assez nombreux mélanophores, sans caractère de malignité.

Examen histo-pathologique : " le prélèvement ne montre pas une bulle, mais une image de décollement épidermo-dermique. Le clivage se faisant donc sous la couche basale. Nous n'avons observé aucune cellule acantholysée. Le derme sous-jacent contient un infiltrat surtout lymphocytaire à disposition péri-vasculaire. Sur un bord du prélèvement, l'épiderme est complétement nécrosé, mais, cette nécrose ne nous paraît pas comporter de signification étiologique.
En définitive : l'examen histologique oriente vers le diagnostic de la maladie de Dühring-Brocq ".

Traitement : outre les soins locaux (bains de permanganate de potasse), l'administration de sultirène (0,5 g/j) pendant trois semaines aboutit à un échec.

Triamcinolone (20 mg/j) au départ entraîne un affaissement des bulles. Guérison totale après 3 semaines de corticothérapie.

Chapitre II

ESSAI D'INTERPRETATION

La maladie de Dühring-Brocq en Algérie

Des documents dont nous avons disposé,nous avons donc retenu les observations relatives à 80 cas de maladie de Dühring-Brocq. Nous avons tenu à ne faire état que de faits comportant une valeur démonstrative. Nous avons éliminé certaines observations concernant des cas à propos desquels le diagnostic pouvait prêter à discussion,même trois d'entre elles très vraisemblablement relatives à des faits d'herpes gestationis. Parmi les documents que nous avons cités,quelques-uns ne disposent pas de l'appui d'un examen histo-pathologique démonstratif,mais les données cliniques et thérapeutiques nous ont paru suffisantes à légitimer leur utilisation. De même,pour les observations de 11 malades chez lesquels diverses conditions n'ont pas permis de pratiquer une biopsie des lésions cutanées.

Si,dans notre série de cas,la fréquence de la maladie paraît,ainsi qu'il est classique,significative selon le sexe : 44 dans le sexe masculin,pour 36 dans le sexe féminin,la répartition selon l'âge se présente au contraire sous une forme inhabituelle. Nous relevons en effet l'échelonnement suivant :

de 9 mois à 15 ans : 19

de 16 à 30 ans : 16

de 31 à 60 ans : 26

de 61 à 84 ans : 19

Les enfants participent à la formation de ce groupe en nombre identique à celui des sujets âgés. Le nombre des malades comptant moins de 30 ans est presque équivalent à celui des patients dans les tranches d'âge plus élevées.

Notons sans en tirer de conséquence que la maladie est de très peu plus fréquente chez les ruraux que chez les citadins : 37 pour 34 sur les 71 sujets pour lesquels nous disposons d'une indication sur ce point.

L'étude des manifestations initiales de la maladie devrait être rendue plus aisée du fait que pour 51 des 68 sujets pour lesquels des indications nous sont fournies à ce propos, le début de l'affection n'a précédé que de quelques jours à quelques mois l'admission en service d'hôpital.

En fait,pour diverses raisons dont certaines tiennent à la qualité des intéressés,les données dont nous disposons sont insuffisantes. N anmoins,deux données se font jour constamment dans nos observations : l'existence d'un prurit prééruptif d'intensité variable; l'efflorescence de bulles,mais sans que nous connaissions avec assez de détails ses modalités. L'extension est toujours progressive,s'effectuant par poussées légères.

Mais de cette analyse se dégage une notion intéressante,celle de la fréquence relative de circonstances d'apparition de la maladie.

Dans le petit groupe de 15 femmes âgées de 20 à 50 ans,nous relevons 9 fois un rapport avec la gravidité :

- apparition de l'éruption à l'occasion d'un accouchement chez 4 d'entre elles : 2 jours avant (obs. n° 40); le lendemain (obs. n° 28 et n° 34); 2 jours après le premier accouchement,avec récidive au 4ème jour après le quatrième accouchement (obs. n° 31);

- apparition de l'éruption en cours de grossesse chez les 5 autres patientes : au 3ème mois (obs.

n°37); au 8ème mois (obs. n° 38); au 8ème mois de la deuxième grossesse,avec récidive au 5ème mois de la quatrième grossesse (obs. n° 26); éruption à chaque grossesse,sans que le mois en soit précisé,disparaissant dans le mois qui suit l'accouchement (obs. n° 39 et n° 43).

En dehors de ces cas bien définis,nous en trouvons d'autres dans lesquels la notion d'un facteur d'apparition doit être retenue,ou être discutée :

- un cas de dermatite post-vaccinale (obs. n° 71);

- la coincidence avec un cataclysme naturel,tremblement de terre qui avait provoqué chez un enfant un état de frayeur extrême (obs. n° 6);

- l'apparition des accidents cutanés chez une infirmière appelée à la manipulation fréquente de divers produits médicamenteux,notamment de pénicilline et de streptomycine (obs. n° 42);

- le port d'une gaîne caoutchoutée et l'usage de teintures capillaires (obs. n° 60);

- enfin,le cas très curieux de l'éclosion des lésions chez un malade en traitement par prises quotidiennes de sultirène à l'occasion d'une pneumopathie (obs.64).

Les éléments du tableau éruptif,lors du premier examen médical,sont dans l'ensemble très classiques.

Les bulles,de forme variable,de nombre très inégal d'un sujet à un autre,se présentent sous des différences de taille qui méritent d'être prises en considération : petites, de 1 à 10 mm de diamètre chez 13 sur ces 40; moyennes,de 1 à 3 cm chez 7 autres sujets; volumineuses,de diamètre dépassant les 3cm jusqu'à atteindre celui d'une grosse mandarine chez les 20 derniers. Ainsi,la maladie se présente avec une particulière fréquence sous la forme d'une dermatite à grosses bulles.

Le contenu des bulles est constitué par un liquide clair dans sensiblement les deux-tiers des cas,peu souvent purulent,hémorragique chez environ 1 malade sur 10. L'étude bactériologique a mis en évidence la présence dans la sérosité de staphylocoque doré chez la grande majorité des malades et,pour 5 seulement des patients,d'association de staphylocoque et de streptocoque.

Chez 53 malades,c'est à dire les deux-tiers de l'ensemble,les bulles reposent sur des placards érythémateux. Elles se sont formées en peau saine chez 13. Chez 9,elles sont cerclées par un bourrelet inflammatoire,réalisant ainsi un aspect en cocarde. Enfin,chez les 5 derniers l'éruption est faite de vésicules disposées en anneau à la périphérie d'une plage érythémateuse.

Comme on doit le penser,les altérations cutanées ne se limitent pas,sur l'ensemble de nos malades,à la production de bulles. Les éléments érythémateux,des taches aux placards,prennent selon les cas des tailles et des formes diverses,constituant parfois l'essentiel de l'éruption avec accompagnement très discret de formations bulleuses. Aux placards érythémateux et aux bulles s'associent des papules dans quelques cas.

Il serait très artificiel de tenter de systématiser la topographie des lésions,vu la diversité sous laquelle s'intriquent les localisations des désordres cutanés. Sous une forme schématique,nous pouvons cependant constater que chez 30 malades sur 80,les altérations étaient pratiquement généralisées,se restreignant à quelques secteurs seulement du revêtement chez les 50 autres. Retenons toutefois quelques particularités en rapport avec la fréquence des localisations par secteurs : les membres

sont intéressés dans la presque totalité des cas,76 fois sur 80; la face est atteinte chez 15 des 20 sujets pour lesquels nous disposons sur ce point d'une mention explicite; les parties génitales sont épargnées,sauf chez 8 malades,soit le dixième de l'ensemble; les paumes et plantes ne sont pratiquement jamais concernées; dans 2 cas seulement des lésions s'étaient établies sur le cuir chevelu; sur 76 des intéressés,8 seulement présentaient une atteinte des muqueuses.

Retenons enfin que les résultats de la recherche du signe de Nicolsky ne sont consignés que dans 30 dossiers : ce signe est fortement positif chez 1 malade; positif chez 4 autres.

Les signes subjectifs d'accompagnement des accidents cutanés sont décrits pour 58 malades. Ils sont présents chez 54 de ces sujets,40 fois sous la forme de prurit modéré,14 fois de prurit intense.

Pour en terminer avec cette partie de notre analyse,signalons que pour 22 malades sur 42,l'état général n'est pas altéré; que l'atteinte tégumentaire

s'accompagne de fièvre plus ou moins élevée chez 10; que 5 sont amaigris; que 5 autres sont anorexiques.

Par ailleurs,nous ne trouvons dans le groupe des sujets que nous avons retenus,sauf en un cas,aucun élément qui,dans le contexte clinique des manifestations cutanées, mêrite de retenir l'attention : opacité d'un sommet pulmonaire (obs. n° 1), hépatomégalie (obs. n° 3), splénomégalie discrète (obs. n° 41), insuffisance mitro-aortique (obs. n° 31), splenectomie à la suite d'un accident (Obs. n° 44), ulcère chronique de jambe (obs. n° 66). Seule doit être retenue,pour prendre place dans une série de faits similaires qui ont été signalés,la coexistence chez un homme de 65 ans de la dermatite et d'un épithélioma du poumon (obs. n° 64).

Les examens paracliniques ne se signalent dans leur ensemble par aucune particularité réelle.

Une leucocytose plus ou moins importante s'établit chez plus des deux-tiers des malades,23 seulement

d'entre eux conservant un taux normal de globules blancs. L'élévat on du compte des éosinophiles dans le sang circulant se constate chez les trois-quarts des patients, puisque le chiffre est très ou moyennement élevé chez 60 d'entre-eux; ce point cependant appelle peut-être un certain correctif dans un pays où les parasitoses intestinales sont fréquentes,notamment dans la population rurale.

Le taux d'hématocrite,recherché sur la moitié seulement des malades n'est normal que chez 14 soit un tiers sensiblement d'entre eux,abaissé le plus fréquemment ou même très abaissé chez les 26 autres. Mais l'anémie constitue une manifestation trop habituelle dans notre milieu d'observation pour que ces résultats comportent une signification particulière.

La vitesse de sédimentation,déterminée sur une série de 35 malades est fortement élevée dans la moitié des cas,élevée chez presque tous les autres puisqu'elle ne se montre normale que chez 5 patients.

La détermination de la protidémie,de l'albuminémie et du profil immuno-électrophorétique n'a été pratiquée que dans 8 cas,compte qui n'autorise pas à avancer

des interprétations concluantes. La protidémie est normale 7 fois,1 fois seulement légèrement abaissée. L'albuminémie est normale dans 3 cas,légèrement diminuée dans les 5 autres. L'analyse immuno-électrophorétique fournit les indications suivantes :

- le taux des globulines alpha 1 est fortement augmenté dans 1 cas;

- le taux des globulines alpha 2 est fortement élevé chez 5 patients;

- en ce qui concerne les globulines bêta,seule la bêta 1 C est diminuée dans deux cas;

- le taux des gamma-globulines est très élevé chez 6 malades : 3 fois celui de l'immuno-globuline G; 2 fois celui de l'immuno-globuline M; 1 fois celui de l'immuno-globuline A.

Ainsi,outre le nombre trop réduit des examens pratiqués,la discordance des résultats enregistrés ne nous permet de tenter aucun essai de systématisation.

La confirmation d'un histo-diagnostic a été recherchée chez 69 de ces 80 malades.

Pour 7 d'entre eux l'image histologique ne s'accorde pas au diagnostic clinique,mais selon des modalités qu'il convient pour certains de définir :

- surinfection massive dans un cas,ne permettant aucune lecture utile ;

- image d'eczéma dans un cas (obs. N° 26) mais chez une malade chez laquelle tous les éléments du tableau clinique assoient le diagnostic d'herpes gestationis;

- l'image de micro-bulles intra-épidermiques chez un homme de 31 ans (obs. n° 36),à propos de laquelle on doit poser la question d'un aspectatypique de l'ordre de ceux qui ont été décrits par l'Ecole dermatologique belge.

Pour les 62 autres patients,l'examen histo-pathologique confirme le diagnostic clinique (56) ou est compatible avec lui.

Cet examen est particulièrement intéressant à propos d'un homme (obs. n° 41) pris en traitement en premier lieu pour une dermatose qui offrait tous les caractères d'un eczéma vésiculo- suintant,puis pour des accident qui présentaient les caractères cliniques et histologiques d'une dermatite de Dühring-Brocq.

Un cyto-diagnostic a été pratiqué chez 10 malades dont 3 n'avaient pas fait l'objet d'un examen histologique : il met en évidence dans tous les cas la présence de polynucléaires,l'absence de cellules anormales et de cellules acantholysées.

En ce qui concerne le traitement appliqué chez ces malades,nous n'insisterons pas sur les soins locaux mis en oeuvre : ceux-ci ont visé,comme de règle,la mise au repos des lésions cutanées et la désinfection des formations ulcérées.

En ce qui concerne les traitements généraux qui ont été institués,il nous est impossible de présenter une analyse ordonnée en raison de la variabilité des produits administrés,des doses,et de la durée des traitements. Les médicaments utilisés sont des sulfamides (Dagénan,Sultirène, Madribon); des corticoïdes (Cortancyl,Triamcinolone,Hydrocortancyl); des antipaludéens de synthèse (Nivaquine, Quinacrine); des antibiotiques (Auréomycine,Terramycine, Hexacycline,Pénicilline,Streptomycine).

Quoi qu'il en soit,les résultats de ces traitements ont été excellents chez les 71 malades qui ont été assez longtemps suivis; donc en excluant 2 d'entre eux dont le décés n'est pas imputable à la dermatose et les 7 qui ont volontairement interrompu leur cure contre l'avis médical.Chez tous,à la fin de leur séjour hospitalier,a été obtenu le nettoyage complet du tégument.Mais, pour les raisons que nous venons de donner,il ne nous est pas possible d'établir un parallèle d'efficacité entre les traitements qui ont été appliqués.

Ainsi,l'évolution de la poussée pour laquelle ces malades ont été pris en traitement s'est montrée favorable sauf dans les 17 cas que nous allons analyser.

En effet 17 patients ont du se faire hospitalisés à nouveau,après un premier exeat,à l'occasion de récidives : 11 pour 1 reprisé,5 pour 2 reprises,1 pour 3 reprises des manifestations de la maladie.

Les 17 premières reprises sont intervenues dans des délais de 12 jours à 24 mois après la fin de la

première poussée. Pour les deuxièmes reprises,les délais ont varié de 3 mois à 23 mois après la fin de la poussée précédente. La plus longue période durant laquelle a joué cette alternance de trois phases d'accidents coupées de repos intercalaires a été observée chez un malade de 41 ans (obs. n° 41) : elle s'étale sur 4 ans et 5 mois.

Du nombre relativement modeste des sujets chez lesquels la maladie a certainement récidivé,sommes-nous autorisée à admettre l'éventualité de la guérison définitive dans tous les autres cas. Nous nous en gardons,car l'ignorance reste entière du devenir ultérieur de ces patients. L'existence même de récidive dans un petit nombre de cas,les modalités trop fréquentes d'évolution de la maladie nous imposent cette réserve. Encore devons-nous observer que si certains malades sont revenus se faire traiter en milieu hospitalier à l'occasion d'une reprise des accidents,on voit mal les raisons pour lesquelles d'autres,dans la même situation,ne se fussent pas comportés semblablement. Et le petit nombre des récidives constatées suggére,sans que l'on soit en droit de l'affirmer que le nombre vrai n'a pas été très élevé des sujets chez lesquels la poussée première a été,après sa rétrocession,suivie de reprises.

Sur ces 80 malades,2 décés ont été enregistrés, chez un homme de 65 ans (obs. n° 64),et chez un homme de 83 ans (obs. n° 79) : dans le premier cas,dans les suites opératoires,immédiates d'une pneumonectomie imposée par un épithélioma du poumon; dans le deuxième,à l'occasion du traitement d'une luxation d'une épaule consécutive à une chute. Donc pour ces deux sujets,pour des raisons indépendantes de la dermatose dont ils étaient atteints. Et nous pouvons même remarquer qu'au moment de leur décés, leur état cutané s'était franchement amélioré.

Pour en terminer,nous croyons qu'il n'est pas inutile de fixer le point de la fréquence de la maladie dans les conditions de notre observation.

Ces 80 malades ont été pris en traitement à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger,de 1950 à 1972,sur un compte de 18.993 malades hospitalisés et dans le service de dermatologie du Centre hospitalo-universitaire de Constantine,sur un total de 13.566 patients. Donc sur une population hospitalière d'ensemble

de 32.559 sujets. L'ordre de fréquence est donc sensiblement d'un cas pour 400 malades.

Mais cette détermination nous conduit à la remarque suivante. Sur le compte des malades pris en traitement à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger, nous dénombrons : 34 patients reçus de 1950 à la fin de 1967; 33 de 1968 à 1972. Donc pratiquement autant,durant les 4 dernières années qu'au cours de 18 précédentes. Or, cette situation n'est pas en rapport avec le nombre total des malades qui ont été hospitalisés pendant ces deux même périodes : 15.312 pour la première, 3.681 pour la deuxième. Ainsi,sans que nous disposions d'aucun argument pour tenter d'interprêter ce fait,il semble que la fréquence de la maladie de Dühring-Brocq est en voie d'augmenter considérablement en Algérie.

CONCLUSIONS

Nous nous sommes proposés d'étudier les aspects sous lesquels la maladie de Dühring-Brocq se présente en Algérie. Nous avons disposé à cette fin de 80 observations.

De notre étude il ressort que la dermatite conserve, dans ce cadre géographique, les grands caractères qui lui sont classiquement reconnus. Mais elle affecte certaines modalités qui lui confèrent une physionomie plus particulière :

- la fréquence chez l'enfant au-dessous de 15 ans et le nombre comparativement peu élevé des cas chez le vieillard, si bien que le compte des faits réunis est pratiquement de même ordre dans ces deux tranches d'âge;

- la fréquence relative des cas en rapport avec la grossesse;

- la fréquence des formes à grosses bulles;

- l'inexistence de cas ayant conduit à un décès constaté, même chez le vieillard;

- l'augmentation très importante du nombre des faits enregistrés au cours de ces toutes dernières années.

BIBLIOGRAPHIE

1. Alexander J.O. : Paper electrophoretic analysis of serum glycoproteins in dermatitis herpetiformis. Journ. Invest. Derm.,1962, 38, 255-259.

2. Alexander J.O. : Is eosinophilia of diagnostic importance in dermatitis herpetiformis ? Brit. Journ. Derm., 1961,73, 7, 267-272.

3. Alt J. et Melle Milfort J. : Maladie de Duhring associée à une polyarthrite chronique évolutive. Bull. Derm. et Syph., 1954, 61, 1, 70-71.

4. Antonelli : Detection of cytopathogenic agents in cases of pemphigus and Duhring's herpetiformis dermatitis. Minerva Derm.,1967, 42, 528-534.

5. Bazex, Dupre et Parant. : Maladie de Duhring déclanchée par une vaccination antivariolique. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1957, 64, 2, 763.

6. Bellone A.G. et Caputo R. : Aspects ultramicroscopiques de la dermatite herpétiforme de Duhring. Giorn. Ital. di Derm.,1966, fasc. II, 173-189.

7. Bergamasco A. : The cultivation of the virus of bullons dermatoses. Terapia, 1963, 48, 102-103.

8. Bergamasco A. : Recherches histologiques sur l'oeuf embryonné inoculé avec le sang et le liquide de bulle dans le pemphigus et la dermatite herpétiforme. Dermatologica,1957,115,4,452-459.

9. Beylot C., Julien B.,Landrieu M.J. et Melle Delaunay. : Dermatite herpétiforme de Duhring chez un enfant de 2 ans. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1971,78,n°1, 39-40.

10. Bieber : Maladie de Duhring à début d'érythème polymorphe solaire. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1960,67,1, 174-175.

11. Björnberg et Hellgren L. : Dermatite herpétiforme. Etude basée sur 53 cas. Dermatologica,1962, 125, 4, 205-225.

12. Bolgert M. et Chastanet B. : A propos d'une statistique de 43 cas de maladie de Duhring-Brocq. Etude clinique et histologique; formes évolutives; résultats thérapeutiques. Ann. Derm. et Syph.,1963,90,3, 257-282.

13. Boncinelli V. et Vaccari R. : Maladie de Dühring acantholitique. Arch. Ital. Derm.,1961,31,3,134-150.

14. Bonelli M. et Davoto L. : Observations sur les fractions proteiques et sur les muco-proteines du sang dans le pemphigus,la dermatite de Duhring et l'herpès gestationis. Giorn. Ital. Derm. e Sif.,1956, 97, 1, 43-60.

15. Burzau Y., Barrière, Litoux et Mme Burzau L. : A propos de quatre maladies de Duhring du jeune enfant. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1964, 71, n° 2, 227-229.

16. Bureau Y., Barrière H., Litoux P., et Mme Bureau B. : Maladie de Duhring à localisation uniquement hémithoracique. Action d'un immuno-dépresseur. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1970,77, n° 3, 369-374.

17. Carton F.X. : Duhring et Pemphigus. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1965, 72, 6, 849.

18. Chapuis : Maladie de Duhring congénitale. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1960, 67, 1, 580-581.

19. Chasseuil R. : Maladie de Duhring post-vaccinale. Bull. soc. Fr. Derm. et Syph.,1956,63, 2, 311.

20. Chasseuil et Gautard. : Maladie de Duhring chez un enfant de 4 ans. Allergietes à Lamblias. Bull. Soc. Fr. Derm. Syph.,1963,70, n° 5, 881.

21. Chastanet B. : Maladie de Duhring actuelle. Etude clinique, histologique et pronostique en fonction des diverses thérapeutiques utilisées. Thèse de médecine,Paris, 1967, 97 p.

22. Colomb D. : Maladie de Duhring-Brocq blanchie par l'association Auréomycine-Nivaquine et maintenue par la Nivaquine seule. 2 cas. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph., 1956, 63, 2, 180-181.

23. Coste F. et Piguet B. : Forme oedémateuse de dermatite polymorphe de Duhring. Cas amélioré par l'Auréomycine. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1950,57,1,521-525.

24. Crosti : Virological research and clinical finding in eruptive bullous disease in childhood. Minerva Pédiat.,1966, 18, 2001-2005.

25. Dalion J., Mmes Amiel-Tison C. et Nunez C. : Mastocytose chez un nouveau-né. Incompatibilité Rh-foeto-maternelle,maladie de Duhring chez la mère. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1965,72,n° 4, 351-354.

26. De Dulanto F. et Ocana Sierra J. : le tableau hématologique,médullaire et humoral dans la pemphigus chronique et la dermatite de Duhring-Brocq. Etude comparative. Rev. Clinica Esp.,1957,67,2,74-92.

27. Dégos R., Garnier G. et Caron J. : Placard rebelle de la maladie de Duhring très heureusement influencé par l'Auréomycine. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1948, 55, 1, 490.

28. Dégos R., Touraine R., Guilaine J. et Civatte J. : Maladie de Duhring-Brocq de l'enfant (à propos de deux cas récents). Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1963,70,n°5, 776-778.

29. Degos R. et Voisin J. : Maladies de Duhring oculaires. Greffe de la conjonctive. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1948,55, 1, 487-489.

30. Degos R. et Weille R. : Action rapide de l'Auréomycine sur un cas grave de dermatite de Duhring,réflexion sur l'action de l'auréomycine dans les affections bulleuses. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1950,57, 1, 104,105.

31. Delpech B., Delpech-Stewart A., Lauret Ph. : Etude en immuno-fluorescence de la fixation cutanée des fragments Fab et Fc. des Ig G des sérums de malades atteints de maladie de Duhring-Brocq. (Pemphigoïde bulleuse) et de pemphigus. An. Derm. et Syph.,1971, 98, 3, 299-305.

32. Dick H.M., Fraser N.G. and Murray D. : Immunofluorescent antibody studies in dermatitis herpetiformis. Brit. Journ. Derm.,1969, 81, 692-696.

33. Dupuy R., Guilaine J.,Potet F. et Vallin J. : Dermatite herpétiforme et atrophie villositaire ou grêle. An. Derm. et Syph.,1971, 98, n° 4, 414-419.

34. El-Hefnaoui, Abdel Gawad Z., et El Marsafi. : Etudes en électrophorèse sur papier des proteines du sérum et du liquide bulleux dans la dermatite herpétiforme. Arch. für Klin. und exp. Derm.,1964, 218, 422-428.

35. Epstein S. : Bullous reactions to bacterial antigens in dermatitis herpetiformis. Journ. Invest. Derm., 1959, 33, 31-33.

36. Escande. : Agents immuno-dépresseurs en dermatologie : psoriasis et maladies bulleuses. Presse Médic., 1971, 79, 49-50.

37. Fassotte Ch. : Les dermatites herpétiformes polymorphes de Duhring-Brocq d'évolution mortelle. Arch. Belges Derm. Syph.,1953, 9, 2, 105-112.

38. François A., Carli-Basset C., Ginies G., Leroy J. et Bruneau P. : Maladie de Duhring-Brocq; signal symptome d'une leucémie lymphoïde chronique. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1971,78, n° 1, p. 60-62.

39. Fraser N.G., Dick H.M. et Crichton W.B. : Les immuno-globulines dans la maladie de Duhring et dans d'autres maladies cutanées. Brit. Journ. of Derm., 1969, 81, 2, 89-95.

40. Fraser N.G.,Murray D. and Alexander J.O. : Structure and function of the small intestine in dermatitis herpetiformis. Brit. Journ. Derm.,1967,79, 10,509-518.

41. Fry L. and Mc. Minn : Effect of gluten-free diet on dermatological intestinal and haematological manifestations of dermatitis herpetiformis. Lancet, 1968, n° 7, 542, 557-561.

42. Gadrat, Bazex et Bolte : La place de la pénicilline dans le traitement des pemphigus et de la maladie de Duhring-Brocq. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph., 1948, 55, 1, 57,60.

43. Gaté J. et Colomb D. : Trois nouveaux cas de maladie de Duhring ayant bénéficié d'un traitement par l'association Auréomycine-Nivaquine. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1956,63,2, 176,177.

44. Gay-Prieto J.,Rubio Hoertos M.,Rodriguez-Perez A.P. et Taqueti G. : Sur la présence de particules virales dans la maladie de Duhring-Brocq. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1963,70, n° 3, 348-351.

45. Greenbaum: Herpes gestationis. Arch. of Derm.,1971, 103, 218-219.

46. Gjone E. and Nordoy A. : Dermatitis herpetiformis steatorrhea and malignancy. Brit. Med. Journ.,1970, 4, 610.

47. Gordon S. et Loewenthal L. : L'eczéma chronique en tant que forme d'une dermatite herpétiforme. Brit.Journ. Derm. and Syph.,1949, 61, 11, 359-378.

48. Gougerot H. et Laplanche : Nouvel exemple de dermatite polymorphe douloureuse de Duhring et d'éczéma. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1950,57,1,386.

49. Haensch R. : Le test de Tzanck. Constatations cytologiques dans le pemphigus et dans la dermatite herpétiforme de Duhring et leur valeur pour le diagnostic différentiel. Der Hautarzt,1955, 6,9, 407-409.

50. Huriez Cl.,Desmons F., Martin P., Baelden J.,Mme Bombart et Dubois Ph. : Maladie de Duhring-Brocq de l'enfant. A propos de 9 observations. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1964, 71, n° 4, 510-513.

51. Jablonska S. : l'image histologique peut elle être le critère de différenciation de la maladie de Duhring avec la pemphigoïde et l'érythème polymorphe ? Derm., Wochenschr.,1962,146,590-603.

52. Jacubowic E., Dabrowski K.J., and Maciejewski N. : Bullous pemphigoïd and dermatitis herpetiformis: electron microscopic investigations. Arch. Klin. und Exp., Derm.,1970, 238, 272-284.

53. Jone E.G. : Duhring stéatorrhée et malignité. Brit. Med. Journ.,1970,n° 5, 696, 610.

54. Kjartanson S., Fusaro R.M., and Peterson. : Dermatitis herpetiformis and herpes gestationis. Analysis of gamma A and gamma M serum proteins by immunoelectrophoresis. Journ. Invest. Derm., 1966, 46, 5, 480-483.

55. Kleinhans D. et Widmaïr F. : Dermatite herpétiforme par malabsorption et élévation excessive de l'Ig.A. Der. Hautarzt,1970, 21, 4, 155.

56. Korting G. : Le traitement de Popoff par le bleu de Trypan dans la maladie de Duhring-Brocq. Derm. Wochenschr.,1952, 126, 45, 1065-1072.

57. Kraus W. : The life expectation in bullous dermatoses. Zeitsch. Haut. und Gesch. Kr.,1969,44, 2,57-62.

58. Kresbach H. and Hart Wagner A. : The differential diagnosis between dermatitis herpetiformis Duhring and bullous pemphigoïd. Zeitsch. Haut. und Geschl. Krank.,1968, 43, 5, 165-176.

59. Kruizinga E.E. and Hamminga H. : Treatment of dermatitis herpetiformis with diamino diphony sulfone DDS. Dermatologica,1953, 106, 387-394.

60. Lapierre, Vanrunckelen et Dussart : Valeur des critères histologiques pour le diagnostic entre pemphigus et dermatites polymorphes de Duhring-Brocq. Arch. Belges Derm. et Syph.,juin 1946, 81-105.

61. Larrégue M., Civatte J., Dao C. et Degos R. : Traitement de la maladie de Duhring-Brocq par le Chloraminophène. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1970, 77, n° 6, 794-797.

62. Languer et Bia : La sulfaméthoxypyridazine dans le traitement de la maladie de Duhring. Bull. Soc. Fr. Derm. Syph.,1960, 67, 1, 632,633.

63. Loewenthal J.A. : Parenté entre Eczéma symétrique spontané et dermatite herpetiforme. Derm. Wochenschr., 1962,146, 641-646.

64. Lomuto G. : le cadre séroproteïque dans quelques cas de pemphigus et de dermatite de Duhring. Ann. Ital. Derm. e Syph.,1955,10, 5-6, 161-168.

65. Maiotti F. : The importance of cyto-diagnostic examinations in bullous dermatitis. Ann. Fac. Med. Perugia, 1960, 51, 4, 417-420.

66. Marchionini A. et Naseman Th. : Sur l'étiologie virale du pemphigus et de la dermatite herpétiforme de Duhring. Dermatologica, 1957, 115, 3, 320-333.

67. Marks J. : Malabsorption intestinale et peau. Nouvelle Presse Médicale 27 mai 1972, 480, 18.

68. Marks R. : Dermatitis herpétiformis and the gastro-intestinal tract. Trans. St-Johns Hosp. Derm. Soc.,1968, 54, 2, 141-147.

69. Marks J., Birkett D.,Shustes S. and Roberts D.F. : Small intestinal mucosal abnormalities in relatives of patients with Duhring's. Gut.,1970,11,493-497.

70. Marks J., Shuster S. : malabsorption intestinale et atrophie du grêle au cours des dermatoses étendues. Sem. Hopit. Paris,1971,47, 7, 468.

71. Marks R. et Whittle M.W. : Résultats d'un an de traitement par régime sans gluten dans la maladie de Brocq-Duhring. Brit. Med. Journ.,1969,n° 5686, 772-775.

72. Marsh C. et Sawicky H.H. : La diaminodiphényl sulfome dans la maladie de Duhring-Brocq. Arch. of Derm., 1962, 85, 6, 751-752.

73. Mecher : Présence of L. amino- acid- oxydase in the blood in pemphigus,dermatitis Duhring and herpes zoster. Clin. Chim. Acta. Ap.,1969,24,111-120.

74. Meirowsky E. : Recherches expérimentales sur l'étiologie du pemphigus et de la dermatite herpétiforme de Duhring. Der. Hautarzt.,1957,8,9,389-394.

75. Melczer N. et Vasarhelyi P. : Hémagglutinines spécifiques dans le sérum et le L.C.R. de malades atteints de pemphigus et de dermatite herpétiforme. Acta Derm. Venereol.,1958, 38, 3, 198-207.

76.Michalowsky R. : Microscopie électronique de l'épiderme dans les bulles de la dermatite herpétiforme de Duhring-Brocq. An. Derm. et Syph.,1964, 91, 3, 255-261.

77. Michel P.J., Correard R. et Jalon : Maladie de Duhring-Brocq chez un sujet atteint de cancer du poumon. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1970,77, n° 2, 289-290.

78. Musumeci Vittorio : Intérêt du Mercaptopropanol B.A.L. dans l'étude de la maladie de Duhring et de ses rapports avec le pemphigus vulgaire. Ann. Derm. et Syph.,1961, 88, 3, 279-284.

79. Musumeci V. : Sur les rapports entre l'eczéma et la dermatite herpétiforme de Duhring. Minerva Derm., 1960, 35, 11, 436-443.

80. Nonclercq E. et Levy G. : Cas de Duhring-Brocq anormaux. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1957,64,2,221-222.

81. Pellerat J. : maladie de Duhring ayant débutée par un éczéma. Variations des réponses histologiques. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1951,58, 2, 194.

82. Pellerat J. et Colomb D. : Maladie de Duhring- Signal symptôme d'une leucémie lymphoïde. Bull. Derm. et Syph.,1951,58,2,170.

83. Per M.I. et Mashkilleison A.L. : So called bullous pemphigoïd and its relation to pemphigus vulgaris and the bullous type of duhring's disease. Vestn. Derm. i Ven.,1962, 8, 19-25.

84. Piérard J. : The histological diagnosis of dermatitis herpetiformis,bullous pemphigoïd and erythema multiforme. Brit. Journ. of Derm.,1961,73,7, 253-266.

85. Pierard J. et Dupont Ad : A propos des caractères histopathologiques de la dermatite herpétiforme de Duhring. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1958, 65, 1, 23,26.

86. Pierard J. et Kint A. : Dermatite herpétiforme et pemphigoïde bulleuse. Etude comparative au microscope électronique du mécanisme de formation de la bulle. An. Derm. et Syph.,1968,95, 4, 391-404.

87. Pock-Steen O.Ch. et Niordson AM. : Sensibilité au lait dans la maladie de Duhring. Brit. Journ. of Derm., 1970, 83, 6, 614-619.

88. Popchristoff P. : Contribution au profil allergique de la dermatite herpétiforme de Duhring-Brocq. Arch. Medic. Bulgares,1945,n° 8, 1-24.

89. Radaeli A. : Encore sur la différenciation histologique entre dermatite herpétiforme de Duhring et pemphigus vrai. Minerva Derm.,1959,34,6,404-406.

90. Reynaers H. : Pustulose sous-cornée récidivante bénigne,maladie de Sneddon et Wilkinson ou variété pustuleuse de la dermatite herpétiforme de Duhring ? Arch.Belges Derm. Syph.,1958,14, 3, 337-354.

91. Ribuffo A. : Possibilité d'un diagnostic différentiel entre le pemphigus vulgaire et la dermatite herpétiforme de Duhring par les résultats de la réaction au sulfate de cadmium. Minerva Derm.,1952,27,8, 174-176.

92. Rimbaud P. et Guibert H.L. : La dermatite de Duhring-Brocq. Remarques cliniques et histologiques. An. Derm. et Syph.,1956,83, 1, 241-246.

93. Rimbaud P. et Ravoire : Maladie de Duhring chez un nourrisson de sept mois. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1958, 65, 1, 295,296.

94. Rivoire et Cuffia C. : A propos du traitement de la maladie de Duhring-Brocq. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1963, 70, n° 1, 107-108.

95. Rupec M.,Kint A. et Braun-Falco O. : Contribution à l'histologie des modifications peribulleuses dans la dermatite herpétiforme de Duhring et son diagnostic différentiel. Zeitschr. für Haut-und Gesch., 1963, 34, 121-133.

96. Schaposnick F. : La enteropatia de la dermatitis herpetiforme. Rev. Clin. Esp.,1968, 111, 4, 417-422.

97. Shuster S., Watson A.J. and Marks J. : Coeliac syndrom in dermatitis herpetiformis. Lancet,1968, n° 7.552, 1101-1106.

98. Spier H.,Schirren C.,Dessin V. et Ewinger T. : Sur la question de la sensibilité à l'iode dans la dermatite herpétiforme de Duhring. L'épidermo-réaction à l'iodure de potassium en tant qu'effet - anion d'Hofmeister non spécifique. Arch. für Derm. und Syph.,1952, 195, 2, 105-137.

99. Stevenson C.J. : Traitement des maladies bulleuses par corticostéroïdes et A.C.T.H. Brit. Journ. Derm., 1960, 72, 1, 11-21.

100. Taugner M., Schnyder U.W. et Rossbach J. : Réactivité de la peau à l'iode et rétention de la bromthaleine dans la dermatite herpétiforme de Duhring. Dermatologica, 1970, 139, 4, 260-265.

101. Thivolet J. and Beyvin A.J. : Autosensitization in Duhring-Brocq syndrome. Present understanding and original contribution. XIV international Congress of Dermatology 1972, 248, 134,32.

102. Thivolet J., Pellerat J.,Moulin G.,Moulinié C. et Melle Eyraud : Maladie de Duhring-Brocq au cours d'un épithélioma vulvaire. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph., 1965, 72, n° 3, 304-305.

103. Thivolet J., Pellerat J. et Touboul J. : Essai d'un inhibiteur d'enzymes protéolytiques dans la maladie de Duhring-Brocq. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1963, 70, n° 21, 102-104.

104. Tolman M.M., Moschullo S.L. et Schneiderman R.N. : Dermatite herpétiforme : entité spécifique ou complexe clinique ? The Journ. Invest. Derm.,1959,32, 5, 557-561.

105. Tsoraïdis : Corrélation between pemphigus and dermatitis herpetiformis. Letigu Kharkov. Med. Obsch.,1963, 37-38.

106. Tzanck A. et Meyer B. : Maladie de Duhring-Brocq traitée par l'Auréomycine. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph., 1948, 55, 1, 431,432.

107. Watrin J. et Jeandidier P. : Sur douze cas de maladie de Duhring. An. Derm. et Syph.,1951, 78, 5, 551-565.

108. Watrin J. et Jeandidier P. : La maladie de Duhring-Brocq; ses rapports avec l'eczéma. Concours Méd.,1950, 72, 47, 3633-3634.

109. Watrin J. et Jeandidier P. : Maladie de Duhring ou pemphigoïde séborrhéique. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1951,58, 2, 347,349.

110. Watrin J. et Michon C. : Modifications de la masse sanguine et de la protidémie au cours de la maladie de Duhring et conséquences thérapeutiques. Bull.Soc.Fr. Derm. et Syph.,1952,59,4,193,194.

111. Wiedmann A. : Dermatite herpétiforme. Pemphigus vulgaire. Wien. Mediz. Wochenschr.,1956,106,20,434-437.

112. WegMann R. et Dewes A. : Spectrographie dans l'infrarouge. Etude de la sérosité de la maladie de Brocq-Duhring et du pemphigus vulgaire. Presse Médic., 1956, 64, 50, 1158.

113. Weissenbach R.J. et Soulier : Dermatite polymorphe douloureuse de Duhring-Brocq. Première atteinte chez une femme de 83 ans. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.,1942-43,8° série, T.2, n° hors-série,223.

114. Winkelmann R.K. and Roth H.L. : Dermatitis herpetiformis with acantholysis or pemphigus with response to sulfonamides : report of two cases. Arch. of Derm., 1960, 82, 385-390.

115. Zarafonetis C.J.D.,Johwick E.B.,Kirkman L.W. et Curtis : l'Acide paraaminobenzoïque dans la dermatite herpétiforme. Arch. of Derm. and Syph.,1951,63,1,115-132.

116. Zilberberg B. : Pemphigus and Duhring's dermatitis, cytopathologic study. Arq. Derm. e Sif.,1955, 17, 45- 123.

TABLE DES MATIERES

PAGES :

INTRODUCTION 11

CHAPITRE Ier :

Observations..... 75

CHAPITRE DEUX :

Essais d'interprétation..... 153

CONCLUSION : 170

BIBLIOGRAPHIE :